

Medizinische Fakultät
der
Universität Duisburg-Essen

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie

Essstörungssymptomatik, Selbstwirksamkeitserwartung und
Kontrollüberzeugungen bei stationär behandelten Anorexia
und Bulimia nervosa-Patientinnen – eine prospektive Studie

Inaugural – Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
durch die Medizinische Fakultät
der Universität Duisburg-Essen

Vorgelegt von
Ricarda Anne Mewes
aus Essen
2009

Dekan: Herr Univ.-Prof. Dr. med. M. Forsting
1. Gutachter: Herr Univ.-Prof. Dr. med. W. Senf
2. Gutachter: Frau Priv.-Doz. Dr. rer. nat. A. Hinney

Tag der mündlichen Prüfung: 20. November 2009

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	6
1.1 Psychotherapieprozessforschung	6
1.2 Theoretischer Hintergrund zu Anorexia nervosa	9
1.2.1 Definition und Differenzialdiagnose	9
1.2.2 Epidemiologie und Komorbidität	11
1.2.3 Verlauf und Prognose	12
1.2.4 Ätiologie	13
1.2.5 Behandlung	14
1.2.6 Die Behandlung der Anorexia nervosa in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen	16
1.3 Theoretischer Hintergrund zu Bulimia nervosa	18
1.3.1 Definition und Differenzialdiagnose	18
1.3.2 Epidemiologie und Komorbidität	20
1.3.3 Verlauf und Prognose	21
1.3.4 Ätiologie	22
1.3.5 Behandlung	22
1.3.6 Die Behandlung der Bulimia nervosa in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen	23
1.4 Ressourcen in der Psychotherapie	25
Fazit	26
1.5 Das Konzept der Kontrollüberzeugungen	27
1.6 Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung	28
1.7 Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartung bei Anorexia und Bulimia nervosa	29

1.8 Fragestellungen und Hypothesen	33
2 Material und Methoden	36
2.1 Datenerhebung	36
2.2 Eingesetzte Messinstrumente	36
2.2.1 Short Evaluation of Eating Disorders (Bauer, Winn, Schmidt & Kordy, 2005)	37
2.2.2 Eating Disorder Inventory-2 (Paul & Thiel, 2005)	37
2.2.3 Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Bullinger & Kirchberger, 1998)	39
2.2.4 Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991)	40
2.2.5 Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung (Jerusalem & Schwarzer, 1999)	41
2.2.6 Befindlichkeits-Skala Bf-S (von Zerssen, 1976)	41
2.2.7 Reliabilitäten der eingesetzten Messinstrumente	42
2.3 Statistische Konkretisierung der Hypothesen	44
2.4 Stichprobenumfangsplanung / Teststärkenanalyse	48
3 Ergebnisse	50
3.1 Interkorrelationen der Skalen zu Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen	50
3.2 Beschreibung der Stichprobe/ Ergebnisse zu Frage 1	52
3.2.1 Studienabbrecherinnen	52
3.2.2 Gesamtstichprobe bei der Aufnahme in die stationäre Therapie (T0)	55
Hypothese 1.1	56

3.2.3. Anorexia nervosa vs. Bulimia nervosa-Patientinnen bei Aufnahme (T0)	57
Hypothese 1.2	59
3.2.4 Abbrecher vs. Erfolgreiche bei der Aufnahme (T0)	60
Hypothese 1.3	62
3.3 Ergebnisse zu den Fragestellungen	63
3.3.1 Frage 2	63
3.3.2 Frage 3	65
3.3.3 Frage 4	71
3.3.4 Frage 5	73
4 Diskussion	75
4.1 Diskussion der Ergebnisse	75
4.1.1 Die Stichprobe	75
4.1.2 Die Ergebnisse zu den Fragestellungen	78
4.2 Kritik an der vorgestellten Studie	85
4.3 Ausblick	86
5 Zusammenfassung	88
6 Literaturverzeichnis	89
7 Danksagung	102
8 Lebenslauf und Publikationen	103

1 Einleitung

Dieser Abschnitt behandelt den theoretischen und empirischen Hintergrund der vorgestellten Studie. Es wird die Wichtigkeit von Psychotherapieprozessforschung dargelegt, der theoretischer Hintergrund zu Anorexia nervosa und Bulimia nervosa vorgestellt, die Rolle von Ressourcen in der Psychotherapie, sowie die Konzepte der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung dargestellt. Des Weiteren wird der empirische Hintergrund zu Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartung bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa aufgeführt und die untersuchten Fragestellungen und Hypothesen behandelt. Da die meisten von der Anorexia und der Bulimia nervosa betroffenen Personen weiblich sind, wird im Folgenden nur noch die jeweilige weibliche Wortform verwendet. Inwieweit die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf Männer generalisierbar sind, ist nicht bekannt.

1.1 Psychotherapieprozessforschung

Psychotherapieforschung ist aus der heutigen Forschungslandschaft der Klinischen Psychologie und Psychiatrischen bzw. Psychosomatischen Medizin nicht mehr wegzudenken. Während es in den frühen Jahren dieses Forschungsfeldes vor allem darum ging, den globalen Effekt von Psychotherapie im Gegensatz zu Kontrollgruppen ohne Therapie zu untersuchen, hat sich dieser Schwerpunkt in den letzten Jahren gewandelt. Die Frage nach der Wirkungsweise von Psychotherapie ist seit Beginn der 80er-Jahre verstärkt in den Fokus des Interesses getreten (Bastine et al., 1989; Hayes et al. 1996; Kopta et al., 1999). Die Psychotherapieprozessforschung konzentriert sich vor diesem Hintergrund darauf, die Komponenten einer Psychotherapie zu erforschen, die zu Veränderungen führen und Veränderungsmechanismen zu ergründen. Dieses

Wissen ist grundlegend für die Weiterentwicklung von Psychotherapie. Hierbei stehen zwei Fragen im Vordergrund: 1. „Welche Veränderungen finden in der Therapie statt?“ (deskriptiver Teil) und 2. „Wie entstehen diese Veränderungen bzw. wie werden sie bewirkt?“ (deduktiver Teil) (Bastine et al., 1989). Bastine et al. (1989) unterscheiden zwischen zwei Typen der Prozessforschung. Bei Typ-A werden überdauernde Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Persönlichkeitsmerkmale etc.) und solche Faktoren, die sich während einer Therapie quantitativ, aber nicht qualitativ verändern können (z.B. die Qualität der therapeutischen Beziehung, therapeutische Techniken etc.) als bestimmend für den Therapieprozess angesehen. Ein klassisches Beispiel für Typ-A-Forschung ist die Indikationsforschung oder die Patienten-fokussierte Psychotherapieforschung. Hier wird untersucht, welche Therapierichtung oder welche therapeutischen Elemente für welche psychischen Störungen oder welche Personencharakteristika am effektivsten sind (Lutz, 2002). Die Typ-B-Prozessforschung zeichnet sich dadurch aus, dass der Therapieprozess als sequentielles Geschehen aufgefasst wird, so dass Veränderungen innerhalb dieses Prozesses das nachfolgende Geschehen beeinflussen können. Die Therapie wird hier in Therapiephasen unterteilt. Je nachdem, auf welchem Entwicklungsstand sich eine bestimmte Psychotherapie befindet, stehen kontrollierte experimentelle Studien oder naturalistische quasi-experimentelle Studien im Vordergrund des Forschungsinteresses (Lutz, 2002). Für in Bezug auf bestimmte Indikationsbereiche in kontrollierten Studien gut evaluierte Therapien ist dabei besonders die Übertragbarkeit in den praktischen Alltag und den dort stattfindenden Psychotherapieprozess von Interesse. Grawe (Grawe, 2005a, b; Smith & Grawe, 2003) plädiert dafür, in der Therapieforschung methodenübergreifende Wirkfaktoren (u.a. die Ressourcenaktivierung) anstatt von schulengebundenen Therapiemethoden zu untersuchen. Er sieht dabei eine

erfolgreiche Ressourcenaktivierung als absolut notwendige Voraussetzung für ein gutes Therapieergebnis. Orlinsky (2008) weist darauf hin, dass Psychotherapie die Selbstwirksamkeit und Lebensfreude des Patienten steigern sollte, um den Patienten in seiner Gesamtheit zu stärken.

Es bestehen verschiedene Herangehensweisen, um den Psychotherapieprozess mit dem Therapieergebnis zu verknüpfen: 1. Die Häufigkeit einer Prozessvariable mit dem gemessenen Ergebnis korrelieren (so genannter „drug-metaphor“- oder „more-is-better“-Ansatz; Hayes et al., 1996); 2. Sequentielle Analysen, um den direkten Effekt von Prozessvariablen z.B. in einer Therapiesitzung zu bestimmen; 3. Längere Verläufe von Prozessvariablen betrachten (Kopta et al., 1999). Welche Herangehensweise gewählt wird, sollte dabei von der konkreten Fragestellung und dem Therapiesetting abhängen. Besonders wichtig ist es, die inhaltlich begründeten Veränderungsbereiche sowie das Erfolgskriterium adäquat zu operationalisieren, um die Ergebnisse richtig interpretieren zu können (Manz et al., 1995).

In der vorliegenden Studie wird es um die Abbildung von Veränderungen in einer stationären Therapie für Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa) gehen. Dabei wird der längere Verlauf von Veränderungen in einem therapeutisch multidirektionalen Setting im Vordergrund stehen. Einzelne Therapiesitzungen werden nicht untersucht. Der Therapieverlauf ist bei dieser Therapie in Phasen aufgeteilt, so dass sowohl sequentielle Analysen gemäß dem Typ-B-Ansatz als auch der Einfluss stabiler Faktoren auf das Therapieergebnis –gemäß dem Typ-A-Ansatz- untersucht werden können. Als Kriterien für den Therapieerfolg werden die Essstörungssymptomatik und die Lebensqualität der untersuchten Patientinnen herangezogen. In Bezug auf die Prozessvariablen sollen vor allem psychische Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugungen) untersucht werden, die in diesem Feld bisher vernachlässigt wurden.

1.2 Theoretischer Hintergrund zu Anorexia nervosa

Der theoretische Hintergrund der Anorexia nervosa wird dargestellt. Es werden die Bereiche Definition und Differenzialdiagnose, Epidemiologie und Komorbidität, Verlauf und Prognose, Ätiologie und Behandlung beschrieben.

1.2.1 Definition der Anorexia nervosa und Differenzialdiagnose

Die Anorexia nervosa ist eine psychische Störung die besonders durch selbst herbeigeführtes Untergewicht gekennzeichnet ist. Sie wird diagnostiziert, wenn der Body-Mass-Index ($BMI = \frac{\text{Körpergewicht in Kilogramm}}{(\text{Körpergröße in Metern})^2}$) unter $17,5 \text{ kg/m}^2$ liegt, beziehungsweise wenn das Gewicht unter 85 % des gemäß Alter und Größe zu erwartenden Gewichts liegt. Die von Anorexia nervosa betroffenen Frauen erreichen dieses Gewicht zum Beispiel durch sehr restriktives Essen, übermäßigen Sport, Erbrechen oder Laxantienabusus. Folgen des Untergewichts sind unter anderem Störungen auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die eine Amenorrhö verursachen. Die Amenorrhö ist ein Diagnosekriterium für die Anorexia nervosa. Weitere medizinische Folgeprobleme sind eine erniedrigte Körpertemperatur, niedriger Blutdruck, eine reduzierte Knochendichte und ein verlangsamter Puls (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Dilling et al., 1991; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, APA, 1994). Durch Störungen des Stoffwechsels und des Elektrolythaushaltes kann es zum Tod durch Herzstillstand, Herzversagen oder Kreislaufkollaps kommen.

Auf der psychischen Ebene ist Anorexia nervosa durch extreme Angst vor einer Gewichtszunahme, ein gestörtes Körperschema und Persönlichkeits- und affektive Probleme gekennzeichnet. Des Weiteren sind die betroffenen Personen gedanklich ständig mit Essen beschäftigt, legen zum Beispiel so genannte schwarze Listen mit verbotenen Speisen an und zeigen oft zwanghafte Verhaltensmuster.

Die aktuellen Diagnosekriterien der ICD-10 (Dilling et al., 1991) und des DSM-IV (APA, 1994) sind in der folgenden Tabelle (**Tabelle 1**) gegenübergestellt. Im ICD-10 findet man die Anorexia nervosa (F 50.0) im Kapitel Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F 5). Im DSM-IV haben die Essstörungen ein eigenes Kapitel (307). Die Anorexia nervosa hat hier die Kennziffer 307.1.

Tabelle 1: Die Diagnosekriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
1. Reduktion des Körpergewichts auf mehr als 15 % unter dem erwarteten Gewicht oder ein Body-Mass-Index (BMI) von 17,5 kg/m ² oder weniger.	A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (Körpergewicht von weniger als 85 % des erwarteten Gewichts).
2. Der Gewichtsverlust wird selbst herbeigeführt durch: <ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung hochkalorischer Speisen, - selbstinduziertes Erbrechen, - selbstinduziertes Abführen, - übertriebene körperliche Aktivität, - Gebrauch von Appetitzüglern/ Diuretika. 	B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
3. Es besteht eine Körperschemastörung in Form von massiver Angst, zu dick zu werden und einer sehr niedrigen persönlichen Gewichtsschwelle.	C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur/ des Körpergewichts, übertriebener Einfluss der Figur/ des Körpergewichts auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des geringen Körpergewichts.
4. Es liegt eine endokrine Störung auf der Hypothalamus- Hypophysen- Gonaden- Achse vor, die bei Frauen zu Amenorrhö und bei Männern zu Libido- und Potenzverlust führt.	D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhö, das heißt das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen.
5. Beginnt die Erkrankung vor der Pubertät, ist die pubertäre Entwicklung verzögert oder gehemmt.	

ICD-10	DSM-IV
Subtypen: Restriktive Form (F 50.00): Anorexia nervosa ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (wie Erbrechen, Abführen usw.) Bulimische Form (F 50.01): Anorexia nervosa mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen usw. in Verbindung mit Heißhungerattacken)	Restriktiver Typus: Keine regelmäßigen "Fressanfälle" oder selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren "Binge-Eating/ Purging"-Typus: Regelmäßig "Fressanfälle" oder selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren

Die beiden Klassifikationssysteme stimmen in ihren Diagnosekriterien stark überein. Im DSM-IV wird allerdings anders als im ICD-10 der zentrale Stellenwert des Körpergewichts und der Körperform für den Selbstwert der betroffenen Person erwähnt.

Bei der Diagnose der Anorexia nervosa ist es wichtig, andere psychische und körperliche Erkrankungen, die zu ähnlichen Symptomen führen können, auszuschließen. Auf der Seite der psychischen Erkrankungen sind dies zum Beispiel Somatoforme Störungen, Zwangsstörungen, wahnhafte Störungen, anorektische Reaktionen im Rahmen von Belastungs- und Anpassungsstörungen oder depressive Episoden. Bei den körperlichen Erkrankungen sollten zum Beispiel Malabsorptionssyndrome, Anämie, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Diabetes mellitus, chronische Infektionen und unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten oder Drogen ausgeschlossen werden (Jacobi et al., 2004, S. 14, 15).

1.2.2 Epidemiologie und Komorbidität

Das Haupterkrankungsalter liegt bei der Anorexia nervosa zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr (Hoek & van Hoeken, 2003). Die Inzidenzrate pro Jahr liegt bei Frauen diesen Alters bei 109,2 pro 100.000 Personen und scheint in den letzten Jahren stark angestiegen zu sein (van Son et al., 2006). Die Punktprävalenz liegt in

dieser Altersgruppe bei durchschnittlich 0,3% (Hoek & van Hoeken, 2003) und die Lebenszeitprävalenz bei 18–25 jährigen bei 2,3% (Hach et al., 2005). Bezogen auf die Allgemeinbevölkerung liegen die Inzidenzraten zwischen 4,7 und 8,3 pro 100.000 Personen (Hoek & van Hoeken, 2003; Currin et al. 2005; van Son et al., 2006). Insgesamt ist das Verhältnis der an Anorexia nervosa erkrankten Frauen zu den daran erkrankten Männern 10:1 (APA, 1994).

Die häufigsten komorbiden Störungen bei der Anorexia nervosa sind affektive Störungen und Angststörungen, sie kommen bei 55-95% der stationär behandelten Anorexia nervosa- Patientinnen vor (Blinder et al., 2006). Auch Persönlichkeitsstörungen treten bei bis zu 75% der stationär behandelten Patientinnen komorbid auf (Ro et al., 2005).

Tozzi et al. (2005) konnten zeigen, dass bis zu 36% der untersuchten Anorexia nervosa- Patientinnen zu einem späteren Zeitpunkt -meist innerhalb der ersten fünf Erkrankungsjahre- eine Bulimia nervosa entwickelten.

1.2.3 Verlauf und Prognose

Obwohl es viele Studien gibt, die die Prognose bei Anorexia nervosa untersuchten, ist eine eindeutige Aussage über den langfristigen Verlauf schwierig. Das liegt daran, dass sich die Studien in vielen methodischen Faktoren, im Zeitpunkt des Follow-up und in den Kriterien, nach denen die Prognose beurteilt wurde, unterscheiden.

Steinhausen (2002) berichtet in einer Übersichtsarbeit folgende Ergebnisse: Volle Remission erreichten durchschnittlich 47% der überlebenden Personen, eine Verbesserung fand sich bei 33% und chronisch erkrankt blieben 20% der untersuchten Personen.

Die wichtigsten Prädiktoren für eine schlechte Prognose sind eine längere Krankheitsdauer, ein niedrigeres Körpergewicht und Serum-Kreatinin bei der

stationären Aufnahme und Entlassung und Substanzabhängigkeit (Baran et al., 1995; Bean et al., 2004; Berkman et al., 2007; Hebebrand et al., 1997).

Die standardisierte Mortalitätsrate ist bei der Anorexia nervosa stark erhöht. Sie liegt zwischen 3,3 und 10,5 (Birmingham et al., 2005; Millar et al., 2005). Daneben ist auch die Suizidrate erhöht (Pompili et al., 2004). Insgesamt weist die Anorexia nervosa neben den Suchterkrankungen die höchste Mortalitätsrate auf (Harris & Barraclough, 1998).

1.2.4 Ätiologie

Die Entstehung der Anorexia nervosa ist multifaktoriell bedingt. Welche Faktoren eine Rolle spielen ist individuell verschieden. Es wurden allerdings einige Faktoren gefunden, die bei vielen Personen zur Entstehung der Anorexia nervosa beitragen (Jacobi et al., 2004). Zu diesen zählen zum einen biologische und zum anderen psychosoziale Risikofaktoren. Zu den biologischen Risikofaktoren zählen die folgenden: 1. weibliches Geschlecht; 2. genetische Vorbelastung (der aufgeklärte Varianzanteil liegt zwischen 58 und 85%); 3. eine vorzeitige Geburt und Geburtskomplikationen. Zu den psychosozialen Risikofaktoren gehören die folgenden spezifischen Faktoren: 1. Diätverhalten, gezügeltes Essverhalten, übermäßige Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht für den Selbstwert; 2. Streben nach Perfektionismus; 3. Eine Zwangsstörung oder eine kindliche Angststörung in der Vorgeschichte; 4. Störungen im Essverhalten und gastrointestinale Probleme während der Kindheit; 5. Erhöhte familiäre psychiatrische Morbidität für Essstörungen, affektive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen. Unspezifische Risikofaktoren für die Entwicklung einer Anorexia nervosa sind: 1. Niedriges Selbstwertgefühl; 2. Gestörte familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster (z.B. übermäßig verstrickte Familie); 3. Sexueller Missbrauch und körperliche Vernachlässigung; 4.

Belastende Lebensereignisse.

1.2.5 Behandlung

Das extreme Untergewicht, die körperlichen und psychischen Probleme und die hohe Komorbiditätsrate machen eine psychotherapeutische Behandlung der Anorexia nervosa unumgänglich. In vielen Fällen kann die zur körperlichen und psychischen Stabilisierung nötige Gewichtszunahme nur in einer stationären Therapie erreicht werden, an die dann eine weiterführende ambulante Therapie anschließen sollte. Die stationäre Behandlung sollte einem multidisziplinären Teamansatz folgen und die medizinische Stabilisierung als erstes Ziel anstreben (Patel et al., 2003). Da die stationäre Behandlung die Therapie der ersten Wahl darstellt (Jacobi et al., 2004, S.51) und Gegenstand der vorliegenden Studie ist, wird sie hier genauer beschrieben. Auf die ambulante Therapie wird hier nicht weiter eingegangen.

Die **Indikationen** für eine stationäre Therapie sind folgende (APA, 2000, 2006):

- Verlust von mehr als 30 % des Ausgangsgewichts, vor allem bei rascher Gewichtsabnahme,
- Unterschreiten eines Gewichts von $\text{BMI} < 14 \text{ kg/m}^2$,
- Ausgeprägte somatische Folgeerscheinungen (Elektrolytentgleisungen, Hypothermie, Hinweise auf ein erhöhtes kardiales Risiko, Niereninsuffizienz),
- Schwerwiegende Begleiterscheinungen, zum Beispiel durch die Essstörung bedingte schlechte Stoffwechselkontrolle bei Diabetes Mellitus.

Eine weitere Indikation für die stationäre Behandlung können die häufig bestehenden Komorbiditäten sein (Behandlungsteam der Station für Essstörungen und Senf, 2004).

Das Rational der stationären Therapie für Essstörungen geht im Wesentlichen (aber nicht ausschließlich) auf kognitiv-behaviorale und psychodynamische Modelle zurück, die sich empirisch bestätigen ließen (Überblick zu verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer stationärer Therapie im

Allgemeinen bei Köllner & Vauth, 2007 und Schauenburg, 2007). Im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Anorexia und Bulimia nervosa spielt das restriktive Essen mit der Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel eine Schlüsselrolle (Jacobi et al., 2004). Die Normalisierung des Essverhaltens im Hinblick auf Quantität und Qualität der Nahrung ist daraus folgend ein zentrales Ziel der stationären Therapie. Im psychodynamischen Ätiologiemodell für Anorexia und Bulimia nervosa stehen hingegen Entwicklungsdefizite oder -schwierigkeiten im Vordergrund. In der Therapie spielen die Transaktionen zwischen Therapeut und Klient eine zentrale Rolle (Tobin & Johnson, 1991). Des Weiteren gehen familientherapeutische Konzepte in die Behandlung mit ein (Lock & le Grange, 2005). Daraus folgend sind die Ziele der stationären Behandlung: Normalisierung des Essverhaltens, Normalisierung des körperlichen Zustands, Gewichtszunahme und -stabilisierung auf einem vertretbaren Niveau, Bearbeitung der zugrundeliegenden intra- und interpsychischen Problembereiche, Verbesserung der Körperwahrnehmung und –akzeptanz und soziale Wiedereingliederung in den Ausbildungs- oder Arbeitsprozess (Behandlungsteam der Station für Essstörungen & Senf, 2004).

Remschmidt und Müller (1987), Lay et al. (2002) sowie Mewes et al. (2008) konnten zeigen, dass die kurz- und mittelfristige Prognose bei Anorexia nervosa-Patientinnen durch das Muster ihrer Gewichts- und –abnahme während der stationären Therapie vorhergesagt werden kann.

Der Anteil der Patientinnen, die die stationäre Behandlung vorzeitig abbrechen ist bei der Anorexia nervosa allerdings sehr hoch. Es ist noch unklar, welche Faktoren einen Behandlungsabbruch vorhersagen können. So fanden Zeek und Herzog (2000) bei Therapieabbrechern ein niedriges initiales Körpergewicht und mehr Behandlungsabbrüche in der Vorgeschichte. Sowohl in den Studien von Kahn und Pike (2001), Surgenor et al. (2004) wie auch Woodside et al. (2004) waren

Behandlungsabbrüche häufiger bei Patientinnen mit bulimischem Subtyp der Anorexia nervosa zu beobachten als bei Patientinnen mit restriktivem Subtyp. Außerdem hatten die Patientinnen, die die Behandlung mit einem Gewicht von weniger als 80% des Idealgewichts nach Broca abbrachen, mehr stationäre Vorbehandlungen. Allerdings konnten Surgenor et al. (2004) nur 12% der Abbrüche aufgrund des Aufnahmegewichts und des Subtyps der Anorexia nervosa korrekt vorhersagen. In der Studie von Peake et al. (2005) war ein höherer Wert auf der Impulsivitätsskala des Eating Disorder Inventory 2 (Paul & Thiel, 2005) der einzige signifikante Prädiktor für einen Therapieabbruch. Zeek et al. (2005) identifizierten zwei Faktoren, die vor einem Behandlungsabbruch schützten: vorausgegangene stationäre Behandlungen und die Komorbidität mit einer Depression.

1.2.6 Die Behandlung der Anorexia nervosa im Zentrum für Essstörungen an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen

Um ein stabilisierendes Gewicht zu erreichen, behandelt das Zentrum für Essstörungen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Rheinische Kliniken, Universitätsklinikum Essen) Anorexia nervosa-Patientinnen nach einem speziellen Therapieprogramm. Das Behandlungsprogramm wird im Folgenden zusammenfassend vorgestellt, eine ausführlichere Beschreibung findet sich bei: Das Behandlungsteam der Station für Essstörungen und Senf (2004).

Alle im Zentrum für Essstörungen behandelten Anorexia nervosa-Patientinnen sind volljährige Frauen. Eine Voraussetzung für die stationäre Aufnahme ist, dass die betroffenen Frauen einem Vertrag zustimmen, in dem der Behandlungsablauf und das zu erreichende Zielgewicht festgehalten sind. Dadurch erhält die Patientin Transparenz über die Therapie und das behandelnde Team einen verbindlichen Leitfaden. Das Zielgewicht wird auf einen BMI von 19,0 kg/m²

festgelegt. Die benötigte Zunahme wird auf zehn Kilogramm reduziert, wenn das errechnete Zielgewicht mehr als zehn Kilogramm über dem Aufnahmegewicht liegen würde. Dadurch wird ein sehr langer stationärer Aufenthalt vermieden.

Die Behandlung der Anorexia nervosa- Patientinnen besteht aus vier Stufen die nacheinander durchlaufen werden. Diese Stufen umfassen Folgendes:

Stufe 1: Zwei Stunden Ausgang pro Tag nur in Begleitung und nur auf dem Klinikgelände, Besuche nur am Wochenende, Sport ist nicht erlaubt, zusätzlich zur normalen Krankenhauskost (ca. 2400 Kalorien) 2 x 200 ml Trinknahrung (je 200 Kalorien) täglich, 2 x 25 Minuten Einzeltherapie pro Woche, nach vier Wochen muss eine Gewichtszunahme von mindestens 2000 Gramm erzielt werden.

Stufe 2: Unbegrenzter Ausgang - auch alleine - auf dem Klinikgelände, die Trinknahrung entfällt, die tägliche Kalorienmenge beträgt ca. 2800 Kalorien durch Krankenhauskost, 2 x 50 Minuten Einzeltherapie pro Woche, die konzentrierte Bewegungstherapie und die Gestaltungstherapie beginnen.

Stufe 3: An den Wochenenden Belastungserprobungen am Wohnort, freier Ausgang, Beginn der Koch- und Einkaufsgruppe.

Stufe 4: Nach Erreichen des Zielgewichts Wechsel in die Tagesklinik. Hier soll das Zielgewicht über vier Wochen gehalten werden.

Der Wechsel in die nächste Stufe erfolgt bei einer Gewichtszunahme von jeweils einem Drittel der festgelegten Gesamtzunahme. Die Patientinnen werden montags und donnerstags morgens nüchtern und in Unterwäsche gewogen. Für den Übergang in die nächste Stufe ist das Donnerstagsgewicht ausschlaggebend. Die Patientinnen sollen mindestens 700 Gramm pro Woche zunehmen. Wird diese Zunahme nicht erreicht, treten Einschränkungen in Kraft. Nimmt eine Patientin eine Woche nicht zu, bekommt sie die sogenannte „Grüne Karte“. Diese gilt als Mahnung, dass bis zum folgenden Donnerstag 700 Gramm zugenommen werden müssen. Geschieht dies nicht, wird die „Gelbe Karte“ vergeben. Mit ihr treten die Einschränkungen der ersten Behandlungsstufe wieder in Kraft. Wenn eine Patientin in drei aufeinanderfolgenden Wochen nicht zugenommen hat, erhält sie

die „Rote Karte“ und wird am folgenden Dienstag entlassen. Dabei ist eine Wiederaufnahme möglich und wird auch angestrebt.

1.3 Theoretischer Hintergrund zu Bulimia nervosa

Der theoretische Hintergrund der Bulimia nervosa wird dargestellt. Es werden die Bereiche Definition und Differenzialdiagnose, Epidemiologie und Komorbidität, Verlauf und Prognose, Ätiologie und Behandlung beschrieben.

1.3.1 Definition der Bulimia nervosa und Differenzialdiagnose

Die Bulimia nervosa ist gekennzeichnet durch Essanfälle (innerhalb eines bestimmten Zeitraums wird erheblich mehr Nahrung verzehrt, als andere Menschen unter gleichen Bedingungen essen würden), die mit unangemessenen, einer Gewichtszunahme entgegensteuernden Maßnahmen einhergehen. Die Essanfälle sind dabei von einer Beeinträchtigung der Kontrolle über das Essen bis hin zu einem vollständigen Kontrollverlust begleitet. Die eingesetzten gegensteuernden Maßnahmen sind zum Beispiel selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Appetitzüglern oder Diuretika, aber auch sehr restriktives Essen oder übermäßige körperliche Betätigung. Die Bulimia nervosa wird diagnostiziert, wenn Essanfälle und gegenregulatorisches Verhalten mindestens zweimal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten oder länger auftreten. Medizinische Folgeprobleme sind vor allem Schädigungen des Zahnapparates, des Gastrointestinaltraktes und Störungen des Stoffwechsels und des Elektrolythaushaltes (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Dilling et al., 1991; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, APA, 1994).

Auf der psychischen Ebene ist Bulimia nervosa, ähnlich wie die Anorexie, durch extreme Angst vor einer Gewichtszunahme, ein gestörtes Körperschema und

Persönlichkeits- und affektive Probleme gekennzeichnet. Des Weiteren sind die betroffenen Personen gedanklich ständig mit Essen beschäftigt und haben oft verbotene Speisen, die dann nur während der Essanfälle konsumiert werden.

Die aktuellen Diagnosekriterien der ICD-10 (Dilling et al., 1991) und des DSM-IV (APA, 1994) sind in **Tabelle 2** gegenübergestellt. Im ICD-10 findet man die Bulimia nervosa unter F 50.2 im Kapitel Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F 5). Im DSM-IV hat die Bulimia nervosa die Kennziffer 307.51.

Tabelle 2: Die Diagnosekriterien der Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
1. Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln und Essattacken, bei denen große Nahrungsmengen innerhalb kurzer Zeit konsumiert werden.	A. Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“ mit Kontrollverlust (innerhalb eines bestimmten Zeitraums wird erheblich mehr Nahrung verzehrt, als andere Menschen unter gleichen Bedingungen essen würden)
2. Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung entgegenzusteuern durch: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika, zeitweilige Hungerperioden.	B Wiederholte Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen (z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten, übermäßige körperliche Betätigung).
3. Krankhafte Furch davor, zu dick zu werden; selbst gesetzte Gewichtsgrenze, die weit unter dem prämorbidem oder „gesunden“ Gewicht liegt.	C. Die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen durchschnittlich mindestens 2-mal/ Woche über 3 Monate vor.
4. Häufig besteht in der Vorgeschichte eine Episode der Anorexia nervosa.	D. Figur und Gewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
	E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

ICD-10	DSM-IV
	Subtypen: Purging Typus: Während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren Nicht- Purging-Typus: Während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene kompensatorische Maßnahmen (z.B. Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung)

Zur Differentialdiagnose der Bulimia nervosa ist auszuschließen, dass das gezeigte Essverhalten innerhalb einer Periode der Anorexia nervosa auftritt. Bis zu 27% der Bulimia nervosa- Patientinnen entwickeln zu einem späteren Zeitpunkt eine Anorexia nervosa vom bulimischen Typ (Tozzi et al., 2005). Ebenfalls sind andere psychische und körperliche Erkrankungen auszuschließen, die zu ähnlichem Verhalten führen können (siehe Punkt 2.1.1, Differentialdiagnose der Anorexia nervosa).

1.3.2 Epidemiologie und Komorbidität

Das Haupterkrankungsalter liegt bei der Bulimia nervosa zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr. Die Inzidenzrate pro Jahr liegt bei Frauen diesen Alters bei 82,4 pro 100.000 Personen (Hoek & van Hoeken, 2003). Die Punktprävalenz liegt in dieser Altersgruppe bei durchschnittlich 0,3% und die Lebenszeitprävalenz bei 18–25 jährigen bei 1,1% (Hach et al., 2005). Bezogen auf die Allgemeinbevölkerung liegen die Inzidenzraten zwischen 6,1 und 12,0 pro 100.000 Personen (Hoek & van Hoeken, 2003; Currin et al. 2005; van Son et al., 2006). Die Inzidenzrate für Männer liegt bei 0,8 pro 100.000 Personen und ist somit im Vergleich als sehr gering zu bezeichnen (Hoek & van Hoeken, 2003).

Die häufigsten komorbiden Störungen bei der Bulimia nervosa sind affektive Störungen, sie kommen bei bis zu 95% der stationär behandelten Bulimia nervosa-

Patientinnen vor. Andere häufige Komorbiditäten sind Angststörungen (55%) und Substanzabhängigkeiten (34%). Unter den Angststörungen ist die Posttraumatische Belastungsstörung mit einer Lebenszeitprävalenz von 36,9% die häufigste Komorbidität (Blinder et al., 2006; Dansky et al., 1997; O'Brien & Vincent, 2003). Auch Persönlichkeitsstörungen treten bei bis zu 75% der stationär behandelten Patientinnen komorbid auf (Ro et al., 2005).

1.3.3 Verlauf und Prognose

Im Gegensatz zur Studienlage bei der Anorexia nervosa, wurde der Langzeitverlauf der Bulimia nervosa weniger untersucht (Berkman et al., 2007). Insgesamt scheint die Prognose für die Bulimia nervosa allerdings günstiger zu sein als die der Anorexia nervosa (Herzog et al., 1993; Wiseman et al., 2001).

12 Jahre nach einer stationären Essstörungsbehandlung zeigten 70,1% der ehemaligen Bulimia nervosa- Patientinnen keine Essstörung nach DSM-IV mehr, 13,2% wiesen eine Essstörung nicht näher bezeichnet auf und 10,1% hatten noch das Vollbild einer Bulimia nervosa. 2% waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung verstorben (Fichter & Quadflieg, 2004). Insgesamt verbessert sich die Prognose im Zeitverlauf (Fairburn et al., 2000; Fichter & Quadflieg, 2004).

Die Befunde zu Prädiktoren für die Prognose sind gemischt (Collings & King, 1994; Fichter & Quadflieg, 2004; Johnson-Sabine et al., 1992; Richard et al., 2005; Sullivan et al., 1996). So wurde ein früherer Krankheitsbeginn in einer Studie als günstiger und in einer zweiten Studie als ungünstiger Faktor bewertet (Collings & King, 1994; Sullivan et al., 1996). Fichter und Quadflieg (2004) fanden als einzigen konstanten Prädiktor die psychiatrische Komorbidität. Eine erhöhte Komorbidität ging dabei mit einer schlechteren Prognose einher.

1.3.4 Ätiologie

Die Entstehung der Bulimia nervosa ist wie die der Anorexia nervosa multifaktoriell bedingt. Welche Faktoren eine Rolle spielen ist individuell verschieden. Es wurden allerdings einige Faktoren gefunden, die bei vielen Personen zur Entstehung der Bulimia nervosa beitragen (Jacobi et al., 2004). Zu diesen zählen zum einen biologische Risikofaktoren (der durch die genetische Komponente aufgeklärte Varianzanteil liegt zwischen 28 und 83 %) und zum anderen psychosoziale Risikofaktoren. Hierzu gehören die folgenden spezifischen Risikofaktoren: 1. Diätverhalten, gezügeltes Essverhalten, übermäßige Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht für den Selbstwert; 2. Kindliches Übergewicht, elterliches Übergewicht; 3. Eine Soziale Phobie oder kindliche Angststörung in der Vorgeschichte; 4. Erhöhte familiäre psychiatrische Morbidität für affektive Störungen und Substanzabhängigkeiten. Unspezifische Risikofaktoren für die Entwicklung einer Bulimia nervosa sind: 1. Niedriges Selbstwertgefühl; 2. Gestörte familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster; 3. Sexueller Missbrauch und körperliche Vernachlässigung; 4. Belastende Lebensereignisse.

1.3.5 Behandlung

Die meisten Studien zur Therapie der Bulimia nervosa beziehen sich auf die ambulante Therapie. Hier zeigen die kognitiv-behaviorale Psychotherapie und die psychopharmakologische Behandlung mit Fluoxetin die besten Effekte (Jacobi et al., 1997; Shapiro et al., 2007). In einigen Fällen machen jedoch die starken körperlichen und psychischen Probleme und die hohe Komorbiditätsrate eine stationäre Behandlung nötig.

Die **Indikationen** für eine stationäre Therapie und die theoretischen und empirischen Hintergründe bei Essstörungen sind im Kapitel 1.2.5 dargestellt und

gelten überwiegend auch für die Bulimia nervosa. Die zweite Indikation für eine stationäre Therapie ($\text{BMI} < 14 \text{ kg/m}^2$) ist für die Bulimia nervosa nicht relevant.

Die **Ziele** der stationären Behandlung sind: Normalisierung des Essverhaltens, Reduzierung oder Eliminierung der Essanfälle und der gegenregulatorischen Maßnahmen, Normalisierung des körperlichen Zustands, gegebenenfalls Gewichtszunahme und -stabilisierung auf einem vertretbaren Niveau, Bearbeitung der zugrunde liegenden intra- und interpsychischen Problembereiche, Verbesserung der Körperwahrnehmung und -akzeptanz, soziale Wiedereingliederung in den Ausbildungs- oder Arbeitsprozess und Rückfallprävention (APA, 2006).

1.3.6 Die Behandlung der Bulimia nervosa im Zentrum für Essstörungen an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen

Um eine Stabilisierung des Essverhaltens zu erreichen, behandelt das Zentrum für Essstörungen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Rheinische Kliniken, Universitätsklinikum Essen) Bulimia nervosa-Patientinnen nach einem speziellen Therapieprogramm. Das Behandlungsprogramm wird im Folgenden zusammenfassend vorgestellt.

Alle im Zentrum für Essstörungen behandelten Bulimia nervosa-Patientinnen sind volljährige oder fast volljährige Frauen. Eine Voraussetzung für die stationäre Aufnahme ist, dass die betroffenen Frauen einem Vertrag zustimmen, in dem der Behandlungsablauf und ein nicht zu unterschreitendes Basisgewicht festgehalten sind. Das Basisgewicht entspricht bei den meisten Patientinnen dem Aufnahmegewicht. Bei untergewichtigen Patientinnen wird es auf einen BMI von $19,0 \text{ kg/m}^2$ festgelegt.

Die Behandlung der Bulimia nervosa-Patientinnen besteht aus **drei Stufen** die nacheinander durchlaufen werden.

Diese Stufen umfassen Folgendes:

Stufe 1: Dauer 2 Wochen; 2 Stunden Ausgang pro Tag in Begleitung auf dem Klinikgelände, die tägliche Kalorienmenge beträgt ca. 2500 Kalorien durch Krankenhauskost, 2 x 50 Minuten Einzeltherapie pro Woche, konzentrierte Bewegungstherapie und Gestaltungstherapie, falls nötig: 700 Gramm Zunahme pro Woche bis das Basisgewicht erreicht ist.

Stufe 2: Dauer 2 Wochen, kann auf 8 Wochen verlängert werden; freier Ausgang ohne Begleitung, an den Wochenenden Belastungserprobungen am Wohnort, Beginn der Koch- und Einkaufsgruppe.

Stufe 3: 2 Wochen Tagesklinik.

Die Patientinnen werden donnerstags morgens nüchtern und in Unterwäsche gewogen. Wird das Basisgewicht unterschritten oder eine nötige Gewichtszunahme nicht erreicht, treten die unter Punkt 1.2.6. für die Anorexia nervosa beschriebenen Einschränkungen in Kraft.

1.4 Ressourcen in der Psychotherapie

Ressourcen sind Faktoren, die zur Gesunderhaltung eines Individuums beitragen (Salutogenese). Personen, die unter bestimmten Risikofaktoren (genetischer Disposition, Umweltfaktoren, kritischen Lebensereignissen, Traumata etc.) nicht psychisch oder körperlich erkranken oder schneller wieder genesen, zeigen häufig ein erhöhtes Maß an sozialen oder persönlichen Ressourcen (Nagel, 2000). Dabei unterscheidet man verschiedene Arten von Ressourcen: 1. Strukturelle Ressourcen wie zum Beispiel das Geschlecht, die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, Berufstätigkeit, die Höhe des Einkommens etc.; 2. Soziale Unterstützung, d.h. sowohl praktische als auch emotionale Unterstützung durch andere Personen; 3. Personale (psychische) Ressourcen wie zum Beispiel Optimismus, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeitserwartung, internale Kontrollüberzeugungen etc. (Heim, 1994). Im Folgenden werden exemplarisch Studien zu jedem der aufgeführten Arten von Ressourcen dargestellt. Wo vorhanden, wird sich auf Studien aus dem Essstörungenbereich bezogen.

Kaluza et al. (2002) konnten zum Beispiel zeigen, dass die Stärke chronischer Rückenschmerzen mit dem Alter, dem Geschlecht, dem Bildungsstand sowie der subjektiven Arbeitsbelastung zusammenhängt. Dieser Zusammenhang wurde durch das Ausmaß an sozialer Unterstützung mediiert bzw. „abgepuffert“.

Untersuchungen zur sozialen Unterstützung bei bulimischen und anorektischen Frauen zeigen, dass beide Essstörungsgruppen eine geringere praktische und emotionale soziale Unterstützung erfahren als gesunde Vergleichsgruppen (Grissett & Norvell, 1992; Rorty et al., 1999; Tiller et al., 1997). Andererseits nahmen sich Mädchen mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Essstörung nicht näher bezeichnet) auch als geringer sozial kompetent als Gleichaltrige ohne Essstörungen wahr (Ekeröth et al., 2003).

In Bezug auf die personalen Ressourcen konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass

Resilienz ein protektiver Faktor gegen körperliche Beschwerden bei über 60-Jährigen ist und dabei genauso bedeutsam ist wie das Geschlecht oder das Alter (Leppert et al., 2005). In einer eigenen Studie wurde gefunden, dass ambulante Patientinnen mit Bulimia nervosa ein stark erniedrigtes Kohärenzgefühl im Vergleich zu einer Normstichprobe aufweisen (Tagay et al, 2008). Als besonders bedeutsame psychische Ressource hat sich in vielen Studien die Selbstwirksamkeitserwartung erwiesen, auf die unter Punkt 1.7. näher eingegangen wird.

Wie bereits in Abschnitt 1.1 dargestellt, hebt Grawe (2005) das Wirkprinzip der Ressourcenaktivierung für das Gelingen einer Therapie stark hervor. Er geht davon aus, dass mit einer erfolgreichen Ressourcenaktivierung die vorher durch eine problemzentrierte Denkweise überlagerten und kaum noch abgerufenen bewältigungsfördernden Gedächtnisinhalte wieder abgerufen werden können. Hier spielt kontext- und stimmungsabhängiger Gedächtnisabruf eine Rolle. Das führt wiederum zu einem Erleben von verstärkter Kontrolle und eventuell auch zu einer erlebten Selbstwerterhöhung, beides Faktoren, die laut Grawe (1998) zu den maßgeblichen Grundbedürfnissen eines Menschen gehören (Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

Fazit

Anorexie und Bulimie sind sehr ernstzunehmende psychische Erkrankungen, die besonders in schwereren Fällen eine stationäre Behandlung mit anschließender ambulanter Weiterbehandlung nötig machen. Das Gelingen der stationären und der ambulanten Behandlung von Essstörungen setzt voraus, dass die Therapiemotivation der Patientinnen aufrechterhalten beziehungsweise weiter aufgebaut wird und, dass die Patientinnen die Erwartung haben, durch ihr eigenes Verhalten eine Verbesserung der Symptomatik und ihres Wohlbefindens

herbeiführen zu können. Diese Art der Erwartung beinhaltet zwei Aspekte: Zum einen die Überzeugung, dass wichtige Dinge im eigenen Leben durch eigenes Verhalten beeinflussbar sind (internale Kontrollüberzeugung) und nicht von anderen Personen oder dem Schicksal, Glück oder Zufall abhängen (soziale bzw. fatalistische externale Kontrollüberzeugung; Rotter, 1966). Und zum anderen die Erwartung, dass man das Verhalten, dass zu einem bestimmten, subjektiv wichtigen Ergebnis führt, erfolgreich ausführen kann (Selbstwirksamkeitserwartung; Bandura, 1997). Beide Konzepte werden im Folgenden vorgestellt.

1.5 Das Konzept der Kontrollüberzeugungen

Kontrollüberzeugungen beschreiben die generalisierte Erwartung einer Person darüber, ob sie durch eigenes Verhalten für sie wichtige Konsequenzen herbeiführen kann (internale Kontrollüberzeugung) oder ob diese vom Verhalten anderer (sozial externale Kontrollüberzeugung) oder vom Schicksal, Glück oder Zufall abhängen (fatalistisch externale Kontrollüberzeugung) (Rotter, 1966). Rotter konzipierte dieses Konzept im Rahmen seiner Theorie des sozialen Lernens (Rotter, 1955), die zu der Gruppe der Erwartungs x Wert- Theorien (Heckhausen, 1989; S.133-188) zählt. Er nimmt an, dass sich Kontrollüberzeugungen durch die lebensgeschichtlichen Erfahrungen einer Person in Bezug auf Verhaltenskontingenzen (erreiche ich ein gewünschtes Ergebnis mit meinem Verhalten oder ist das Ergebnis abhängig von anderen (externalen) Faktoren) ausbilden und mit wiederholten Erfahrungen über Situationen generalisieren. Diese Überzeugungen bestimmen auch, wie eine Person an neue Situationen und Herausforderungen herangeht (Rotter, 1966).

In ihrem Literaturüberblick berichten Delsignore und Schnyder (2007) inkonsistente Ergebnisse in Bezug auf den Zusammenhang zwischen allgemeinen

Kontrollüberzeugungen und Psychotherapiewirksamkeit. Die Forschung in diesem Feld ist allerdings als eingeschränkt und in den letzten Jahren als rückläufig anzusehen.

Weinmann et al. (2001) konnten zeigen, dass depressive Patienten zu Beginn einer stationären Behandlung eine stark erniedrigte internale Kontrollüberzeugung aufwiesen, die sich im Laufe der Therapie einhergehend mit der Verbesserung der depressiven Symptomatik normalisierte.

1.6 Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die Erwartung, das in einer bestimmten Situation für die Erreichung eines bestimmten Ergebnisses nötige Verhalten erfolgreich ausführen zu können (Bandura, 1997). Dies ist unabhängig von der Erwartung, dass eine bestimmte Handlung in einem bestimmten Kontext zu einem bestimmten Ergebnis führt (Ergebniserwartung). Selbstwirksamkeitswerturteilungen beeinflussen u.a. die Motivation, Hartnäckigkeit, Selbstregulation und Performanz einer Person beim Ausführen eines zielgerichteten Verhaltens (Bandura & Cervone, 1983, 1986; Bouffard et al., 2005). Dieses Konzept ging auch in die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991, 2002) ein, in der es einen wichtigen Stellenwert bei der Vorhersage von Verhalten einnimmt. Dieser Stellenwert konnte in weiteren Studien belegt werden (Garcia & Mann, 2003; Sniehotta et al., 2005).

Selbstwirksamkeitserwartung hat in länderübergreifenden Studien einen stark negativen Zusammenhang mit Depression und Angst und einen positiven Zusammenhang mit Optimismus, Selbstregulation und Selbstbewusstsein gezeigt (Luszczynska et al., 2005).

Bei Rehabilitationspatienten/innen zeigte sich ein positiver Einfluss von erhöhter Selbstwirksamkeitserwartung auf das subjektive Rentenbedürfnis, die

Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und die Reha- Ergebnisse (Dohnke et al., 2006; Schneider, 2006).

Bei der neben der Anorexie und der Bulimie dritten klinisch wichtigen Essstörung, der Binge-Eating-Störung, und auch bei der Adipositas, ist die Selbstwirksamkeitserwartung gut untersucht und wird als sinnvolles Konzept immer wieder in Studien mit einbezogen (u. a. Goodrick et al., 1999; Watkins et al., 2001). Selbstwirksamkeitserwartungen, die sich auf Diäthalten beziehen, zeigen einen Zusammenhang zum Essverhalten, zur zeitlichen Stabilität des Körpergewichts, zu bulimischem Verhalten und zu Gewichtssorgen (Stotland et al., 1991; Foreyt et al., 1995; Berman, 2006).

1.7 Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartung bei Anorexia und Bulimia nervosa

Es gibt nur wenige Studien, die diese Konstrukte bei Patienten/innen mit Anorexie oder Bulimie untersucht haben. Diese Studien werden im Folgenden vorgestellt.

Kontrollüberzeugungen. Horesh et al. (2000) untersuchten mit Hilfe eines Fragebogens internale und externale Kontrollüberzeugungen bei 26 stationär behandelten restriktiven Anorexia nervosa-Patientinnen (MW=15,7 ± 2,7 Jahre) und 29 nicht erkrankten Mädchen (Kontrollgruppe; MW=15,9 ± 2,2 Jahre). Die Anorexia nervosa-Patientinnen zeigten signifikant niedrigere Kontrollüberzeugungen bezüglich wichtiger Lebensereignisse als die Kontrollgruppe. Es fanden sich signifikante negative Korrelationen zwischen der Stärke der anorektischen Symptomatik einerseits und der internalen Kontrollüberzeugung ($r=-.57$) und der Kontrollüberzeugung im Allgemeinen ($r=-.65$) andererseits.

Dalglish et al. (2001) untersuchten generalisierte Kontrollüberzeugungen bei 33 ambulant oder stationär behandelten Patienten/innen (31 Frauen, 2 Männer) mit Anorexie (N=18; MW=27,6 ± 8,6 Jahre) und Bulimie (N=15; MW=29,7 ± 9,4 Jahre)

und 22 Kontrollpersonen (21 Frauen, 1 Mann; $MW=28,3 \pm 5,7$ Jahre). Die Essstörungsgruppe zeigte eine signifikant niedrigere subjektive Kontrollüberzeugung über wichtige Ereignisse als die Kontrollgruppe. Beide Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Frage, ob wichtige Ereignisse prinzipiell kontrollierbar seien.

Lee et al. (2005) untersuchten den Zusammenhang zwischen mittelfristigem Outcome und Kontrollüberzeugungen bei 88 ehemaligen stationär behandelten Patientinnen mit Anorexie ($MW=20,4 \pm 5,4$ Jahre zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Therapie). Sie fanden einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen höheren Kontrollüberzeugungen und mittelfristigem Outcome.

Selbstwirksamkeitserwartung. Schneider et al. (1987) untersuchten 14 Frauen mit Bulimia nervosa ($MW=28,6$ Jahre), die an einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie für Bulimie teilnahmen. Ihre Ergebnisse zeigten, dass die Selbstwirksamkeit bezogen auf die bulimische Symptomatik im Verlauf der Therapie anstieg während die Rate des Erbrechens signifikant abnahm.

Neudeck et al. (2001) fanden bei stationär behandelten Frauen mit Bulimia nervosa ohne komorbide Depression ($N=48$; Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe ($N=72$): $26,3 \pm 12,2$ Jahre) eine stark erniedrigte Selbstwirksamkeit, die einem Prozentrang von 1 bei der Normstichprobe entsprach.

White and Litovitz (1998) fanden bei stationär behandelten Patientinnen mit Anorexia oder Bulimia nervosa ($n=25$) signifikant höhere Werte auf der Skala Ineffektivität des Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, 1984) als bei ambulant behandelten Patientinnen mit der gleichen Symptomatik ($N=25$). Diese Skala erfasst ein Gefühl von genereller Unzulänglichkeit und mangelnder Kontrolle über das eigene Leben und ähnelt damit den Konzepten der Selbstwirksamkeitserwartungen und der internalen Kontrollüberzeugung.

Rieger et al. (2002) untersuchten 44 in eine stationäre Behandlung aufgenommene

Anorexia nervosa-Patienten/innen ($19,5 \pm 6,2$ Jahre) in Bezug auf ihre Veränderungsmotivation. Sie zeigten, dass die auf die anorektische Symptomatik bezogene Selbstwirksamkeitserwartung signifikant positiv mit der Bereitschaft, die anorektischen Symptome zu verändern, korrelierte ($r=.85$).

In der Studie von Paterson et al. (2007) an 27 stationären Patientinnen mit Anorexia nervosa und unterschiedlichem Therapiefortschritt ($26,5 \pm 7,9$ Jahre; BMI range: 12-21 kg/m²) erklärte die selbst eingeschätzte allgemeine Selbstkompetenz 26% der Varianz der Essstörungspathologie gemessen mit dem Eating-Attitudes-Test-26 (Garner et al., 1982). Die allgemeine Selbstkompetenz stellt dabei ein zur Selbstwirksamkeitserwartung äquivalentes Konstrukt dar.

Pinto et al. (2008) führten eine Studie an 104 stationär behandelten Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa durch ($26,3 \pm 11,1$ Jahre). Sie verwendeten dabei den Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (Pinto et al., 2006), der auf zwei Unterskalen zum einen essbezogene Selbstwirksamkeit (das Vertrauen darauf, Essen zu können ohne essgestörtes Verhalten zu zeigen oder in emotionalen Stress zu geraten) und zum anderen körperlbezogene Selbstwirksamkeit (das Vertrauen darauf, ein realistisches Körperbild, dass nicht vom Schlankheitsgrad abhängig ist, aufrechtzuerhalten) erfasst. Es zeigte sich, dass die essstörungsbezogene Selbstwirksamkeit durch die stationäre Behandlung signifikant anstieg. Patientinnen, die bei der Aufnahme in die stationäre Behandlung eine höhere essstörungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung zeigten, konnten früher aus der stationären Behandlung entlassen werden, zeigten nach der Entlassung geringere Werte auf der Skala Unzufriedenheit mit dem Körper des Eating-Disorder-Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1991) und eine höhere wöchentliche Gewichtszunahme in dem auf die Entlassung folgenden tagesklinischen Aufenthalt.

Fazit. Die aufgeführten Studien zeigen übereinstimmend, dass Anorexie- und Bulimie-Patienten/innen eine niedrige Kontrollüberzeugung und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung haben und, dass diese Ressourcen durch eine Therapie beeinflussbar sind bzw. mit dem Therapieerfolg zusammenhängen. Die Studien variieren allerdings stark in Bezug auf die Spezifität der erfassten Konstrukte. Kontrollüberzeugungen wurden zum größten Teil sehr allgemein erfasst, während die Selbstwirksamkeitserwartung eher symptomspezifisch erfasst wurde. Außerdem wurden häufig selbst entworfene Fragebögen verwendet, die einen Vergleich der Ergebnisse und die Einordnung in eine dahinterstehende Theorie erschweren.

1.8 Fragestellungen und Hypothesen

Vor dem Hintergrund der oben aufgeführten empirischen Befunde, sollen mit der vorliegenden Studie die folgenden Fragen beantwortet werden.

1. Wie sind die Kontrollüberzeugungen und die Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der stationären Behandlung ausgeprägt?

Hypothese 1.1: Die Essstörungspatientinnen weisen wesentlich geringere Werte in der internalen Kontrollüberzeugung und der Selbstwirksamkeitserwartung und höhere Werte in der external sozialen und external fatalistischen Kontrollüberzeugung auf als die Normpopulation.

Hypothese 1.2: Es finden sich keine Unterschiede zwischen Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung.

Hypothese 1.3: Patientinnen, die die Therapie abbrechen weisen schon bei der Aufnahme eine geringere interne Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung auf als die Patientinnen, die die Therapie regulär beenden (Erfolgreiche).

2. Hängt die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung bei Aufnahme in die stationäre Behandlung mit der Dauer der Essstörung und der Ausprägung der Essstörungssymptomatik zusammen?

Hypothese 2.1: Patientinnen mit geringerer Essstörungssymptomatik bei der Aufnahme weisen stärkere interne und geringere externe Kontrollüberzeugungen und eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung auf.

3. Wie verändern sich die Selbstwirksamkeitserwartung, die Kontrollüberzeugungen und die Essstörungssymptomatik von der Aufnahme bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung?

Hypothese 3.1: Die Essstörungssymptomatik verringert sich bis zur Entlassung.

Hypothese 3.2: Es finden sich keine Unterschiede zwischen Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen in Bezug auf die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Kontrollüberzeugungen.

Hypothese 3.3: Erfolgreiche Patientinnen zeigen eine Zunahme der internalen Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartungen sowie eine Abnahme der externalen Kontrollüberzeugungen. Abbrecherinnen zeigen diese Veränderungen nicht.

4. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Stärke der Veränderung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung und der Stärke der Veränderung der Essstörungssymptomatik und der Lebensqualität?

Hypothese 4.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung und der internalen Kontrollüberzeugung und der Abnahme der Essstörungssymptomatik.

Hypothese 4.2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung und der internalen Kontrollüberzeugung und der Zunahme der psychischen Lebensqualität.

5. Sagt die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Behandlung das Ausmaß und die Richtung der Veränderung der Essstörungssymptomatik und der psychischen Lebensqualität bis zum Behandlungsende voraus?

Hypothese 5.1: Die Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung und der Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Therapie kann das Ausmaß der Essstörungssymptomatik am Ende der Therapie voraussagen.

Hypothese 5.2: Die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Therapie kann das Ausmaß der psychischen Lebensqualität am Ende der Therapie voraussagen.

2 Material und Methoden

2.1 Datenerhebung

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 25.07.06 bis zum 22.07.08.

Alle Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen (F50.0, F50.1, F50.2, F50.3), die an der Studie teilnahmen, füllten drei Tage nach ihrer Aufnahme, jeden Freitag, und vier Tage vor ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung ein Fragebogenset aus. Alle Fragebögen wurden von den Doktorandinnen Frau Dipl. Psych. R. Mewes bzw. ab Juli 2007 von Frau Dipl. Psych. S. Schlegl in einem für die Datenerhebung vorgesehenen Raum freitags morgens um ca. 8.30 Uhr ausgegeben und bis maximal 10.00 Uhr wieder eingesammelt. In Ausnahmefällen (z.B. Arzttermine in dieser Zeit) wurde der Fragebogen auch später ausgegeben oder eingesammelt. Die Versuchleiterin stand bei Fragen der Patientinnen zur Verfügung. Jeder neu aufgenommenen Patientin wurde zu Beginn der Behandlung ein Kürzel mit einer fortlaufenden Nummer zugeordnet, so dass die ausgefüllten Fragebogensets einander zugeordnet werden konnten. Die Fragebogendaten wurden mit Hilfe dieses Kürzels anonymisiert verdatet. Es erfolgte keine Rückmeldung über den Inhalt der Daten an die Patientinnen oder das Behandlungsteam.

Die Durchführung dieser Studie wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikum Essen genehmigt.

2.2 Eingesetzte Messinstrumente

Für die Erhebung wurde ein standardisiertes Fragebogenset eingesetzt. Zusätzlich wurden im Aufnahmefragebogenset demographische und soziale Daten, vorherige ambulante und stationäre Behandlungen, der Beginn der Essstörung, die Menstruation in den letzten 6 Monaten, die subjektive Schwere und die Belastung durch die Essstörung und die Lebenszufriedenheit erfasst. Bei der

Aufnahme und der Entlassung wurden jeweils alle aufgeführten Fragebögen von den Patientinnen ausgefüllt. Nach einem Wechsel in die nächste Behandlungsstufe füllten die Patientinnen ebenfalls alle aufgeführten Fragebögen mit Ausnahme des SF-12 aus. Außerdem beantworteten die teilnehmenden Patientinnen jeden Freitag den SWE und den Bf-S.

2.2.1 Short Evaluation of Eating Disorders SEED (Bauer, Winn, Schmidt & Kordy, 2005)

Der SEED ist ein sehr kurzer Selbstbeurteilungsfragebogen, der die ökonomische Erfassung der Diagnosekriterien für die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa möglich macht. Er erfasst die drei Hauptsymptome der Anorexie (Untergewicht, Angst vor Gewichtszunahme, Körperschemastörung) und der Bulimie (Anzahl der Essanfälle, Art und Anzahl der kompensatorischen Maßnahmen, gedankliche Beschäftigung mit Gewicht und Körper). Die Beantwortung des Fragebogens dauert ca. 5 Minuten. Der SEED besteht aus 4 Hauptfragen, die zum Teil noch Unterfragen enthalten. Mit Hilfe dieser Fragen kann der Schweregrad einer Anorexie oder Bulimie berechnet werden (Total Severity Index, TSI). Die Fragen sind auf einer 4-stufigen Ratingskala (von 0 = Symptom nicht vorhanden bis 3 = Symptom ist extrem) zu beantworten und beziehen sich auf die letzten 4 Wochen. Höhere Werte weisen dabei auf einen stärkeren Schweregrad der Essstörung hin. Der SEED zeigte eine gute konvergente und kriteriumsbezogene Validität. Er weist eine hohe Sensitivität für Veränderungen auf. Normwerte liegen noch nicht vor.

2.2.2 Eating Disorder Inventory-2 EDI-2 (Paul & Thiel, 2005)

Beim EDI-2 handelt es sich um eine gut validierte und international eingesetzte Erweiterung des EDI (Garner et al., 1983). Er dient zur Erfassung relevanter

intrapyschischer und interpersoneller Faktoren, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa von großer Bedeutung sind. Er umfasst 11 Skalen mit insgesamt 91 Items, die auf einer 6-stufigen Skala (1-6) beantwortet werden können (immer, normalerweise, oft, manchmal, selten, nie):

1. Schlankheitsstreben (SS, drive for thinness): starke Beschäftigung mit Diäten, gedankliche Fixierung auf Gewicht, Angst vor einer Gewichtszunahme
2. Bulimie (B, bulimia): gedankliche Beschäftigung mit unkontrollierbaren Heißhungeranfällen und deren Umsetzung
3. Unzufriedenheit mit dem Körper (UK, body dissatisfaction): Unzufriedenheit mit der allgemeinen körperlichen Gestalt und mit der Größe der Körperteile
4. Ineffektivität (I, ineffectiveness): Gefühl von genereller Unzulänglichkeit, Unsicherheit, Wertlosigkeit, Leere, mangelnder Kontrolle über das eigene Leben (ähnelt konzeptionell sehr einem geringen Selbstwertgefühl/ einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung, geht aber durch die Gefühlskomponente darüber hinaus)
5. Perfektionismus (P, perfectionism): Streben nach persönlicher Bestleistung, Glauben, dass nur die höchsten Standards bezüglich persönlicher Leistungen zu akzeptieren sind und, dass die überragende Leistung von anderen erwartet wird
6. Misstrauen (M, interpersonal distrust): generelles Gefühl von Distanzierung und Abneigung hinsichtlich enger Beziehungen, Widerstand bezüglich Gedanken und Gefühlen gegenüber anderen
7. Interozeptive Wahrnehmung (IW, interoceptive awareness): Unsicherheit und Besorgnis bezüglich der Wahrnehmung und richtigen Einschätzung von gefühlsmäßigen Zuständen, Unsicherheit bei der Identifikation bestimmter viszeraler Empfindungen (Hunger, Sättigung)
8. Angst vor dem Erwachsenwerden (AE, maturity fears): Wunsch, sich in die Sicherheit der Kindheit zurückzuziehen
9. Askese (A, asceticism): Ausmaß von Tugendhaftigkeit (Streben nach geistigen Idealen wie Selbstdisziplin, Selbstverleugnung, Selbstbeherrschung, Selbstaufopferung und die Kontrolle körperlicher Bedürfnisse)
10. Impulsregulation (IR, impulse regulation): Tendenz zu impulsivem Handeln, Stimmungsschwankungen, Alkoholmissbrauch, Rücksichtslosigkeit, Feindlichkeit, Destruktivität in Beziehungen und Selbstdestruktivität
11. Soziale Unsicherheit (SU, social insecurity): Überzeugung, dass soziale Beziehungen angespannt, unsicher, enttäuschend, nicht lohnenswert und generell von geringer Qualität sind.

Ein Gesamtwert (durch Aufsummieren der Skalenwerte) ist inhaltlich nicht sinnvoll zu interpretieren. Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen

bei $\alpha = .83-.93$ für Anorexia und Bulimia nervosa-Patientinnen und bei $\alpha = .70-.80$ für nicht-klinische Gruppen. In Studien zeigte sich eine gute diskriminative Validität. Im Manual des Fragebogens (Paul & Thiel, 2005) und bei Thiel et al. (1997) finden sich Normwerte für eine weibliche ($n=186$) und eine männliche ($n=102$) Kontrollgruppe, für Anorexie Patientinnen vom restriktiven Typ ($n=146$), für Anorexie Patientinnen vom purging Typ ($n=100$) und für Bulimie Patientinnen ($n=217$). Aufgrund der hohen Skalenanzahl werden die einzelnen Normwerte in der vorliegenden Arbeit nicht berichtet.

2.2.3 Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität SF-12 (Bullinger & Kirchberger, 1998)

Der SF-12 ist ein 12 Items umfassender international häufig eingesetzter und gut evaluierter Fragebogen zur Selbstbeurteilung der körperlichen und psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Es handelt sich um die Kurzform des SF-36 (Bullinger & Kirchberger, 1998), mit der der SF-12 eine hohe Ergebnisübereinstimmung zeigt (Abweichungen der Durchschnittswerte um weniger als 1 Punkt). Jeweils 6 Items des SF-12 bilden die Psychische und die Körperliche Summenskala. Die Antwortalternativen variieren dabei zwischen dichotomen und rangskalierten Antwortalternativen. Höhere Skalenergebnisse weisen auf eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität hin, wobei der Mittelwert je Unterskala für die Normstichprobe ($N=2914$) bei 50 und die Standardabweichung bei 10 liegt. Der überwiegende Teil der Fragen bezieht sich auf die letzten 4 Wochen. Das Ausfüllen des SF-12 dauert ca. 2 Minuten. Die psychometrischen Analysen für den SF-36 an verschiedenen Studienpopulationen (Normstichprobe, Studenten, körperlich Kranke) zeigten eine durchweg hohe interne Konsistenz der Gesamtskala ($\alpha = .77-.94$) und überwiegend gute interne Konsistenzen der Unterskalen ($\alpha \geq .70$). Es zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Skalenmittelwerten. Die konvergente

und diskriminante Validität sowie die Sensitivität der Skala konnte in weiteren Studien belegt werden.

2.2.4 Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen FKK (Krampen, 1991)

Der FKK von Krampen (1991) geht zurück auf die soziale Lerntheorie von Rotter (1955). Krampen entwickelte diese Theorie weiter zu einem Handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit. Basierend auf diesem Modell erfasst der FKK mit 32 Fragen vier Skalen: 1. Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten), 2. Internalität (Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen), 3. Soziale Externalität (sozial bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen) und 4. Fatalistische Externalität (fatalistisch bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen). Aus diesen vier Skalen lassen sich zwei Sekundärskalen bilden: 1. Selbstwirksamkeit, die die 16 Items der Skalen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und Internalität umfasst, und 2. Externalität, die die 16 Items der Skalen Soziale Externalität und Fatalistische Externalität umfasst. Die Antwortskala reicht von 1= sehr falsch bis 6= sehr richtig. Höhere Werte auf den einzelnen Skalen bedeuten jeweils eine stärkere Ausprägung des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten, der Internalität, der Sozialen Externalität, der Fatalistischen Externalität sowie der Selbstwirksamkeit und der Externalität. Der Normbereich ($T=50\pm10$) liegt für die Skalen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und Internalität bei Rohwerten von 26 bis 38. Für die Soziale und Fatalistische Externalität zwischen 20 und 32. Die Bearbeitungszeit liegt bei ca. 15 Minuten. Die Reliabilität des FKK (interne Konsistenz $\alpha = .70$ bis $.83$; Retest-Reliabilität $= .70$ bis $.92$) und die Validität sind als gut anzusehen. Personen mit hohen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen weisen weniger psychosomatische Beschwerden ($r = -.41$ bis $-.62$) und geringere Depressivitätswerte ($r = -.41$ bis $-.49$) auf.

2.2.5 Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung SWE (Jerusalem und Schwarzer, 1999)

Die SWE von Jerusalem und Schwarzer (1999) ist ein sehr ökonomisches Instrument zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1997). Sie misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Sie umfasst 10 Fragen, die sich auf die letzten 7 Tage beziehen, und hat eine Bearbeitungszeit von ca. 4 Minuten. Die Antwortskala, mit der die Zustimmung zu bestimmten Aussagen gemessen wird, reicht von 1=stimmt nicht bis 4=stimmt genau. Höhere Werte beschreiben bei der SWE höhere Selbstwirksamkeitserwartungen. Für Frauen im Alter von 16-40 Jahren (N=394) liegt der Normbereich ($T=50\pm 10$) bei Rohwerten zwischen 25 und 35 (Hinz et al., 2006). In einer bevölkerungsrepräsentativen Überprüfung der SWE (Hinz et al., 2006) konnte die einfaktorielle Struktur bestätigt werden. Die interne Konsistenz ist mit $\alpha = .92$ als sehr gut zu bezeichnen, bezüglich der Validität zeigten sich zufriedenstellende Ergebnisse. Personen mit hoher Selbstwirksamkeit wiesen generell weniger körperliche Beschwerden auf.

2.2.6 Befindlichkeits-Skala Bf-S (von Zerssen, 1976)

Die Bf-S ist eine aus 28 Adjektivpaaren bestehende Selbstbeurteilungsskala, mit der die aktuelle Befindlichkeit gemessen wird. Es liegen zwei Parallelversionen vor. In der hier beschriebenen Studie soll die erste Parallelversion Bf-S (im Gegensatz zu Bf-S') verwendet werden. Der Fragebogen kann in Einzel- oder Gruppentests angewendet werden und hat eine Bearbeitungsdauer von ca. 2 Minuten. Getestet werden können Personen von 20 bis 64 Jahren. Die Paralleltest-Reliabilität ($r = .86-.95$) ist als hoch anzusehen. Die Skala zeigt hohe positive Korrelationen zu Depressivität ($r = .85-.91$) und eine gute Veränderungssensitivität (Schwarz & Strian, 1972), so dass sie zur wöchentlichen Messung gut geeignet ist.

Höhere Werte auf der Skala entsprechen einer schlechteren/ gedrückteren/ depressiveren Stimmung, eine normale Stimmung entspricht Werten zwischen 9 und 24 (Schwarz & Strian, 1972).

Zusammenfassung Studiendesign:

Die nachfolgende Tabelle (**Tabelle 3**) fasst die verwendeten Messinstrumente über die verschiedenen Messzeitpunkte zusammen. In den nachfolgenden Berechnungen werden die Aufnahme- und Entlassungsfragebögen und die wöchentlichen Fragebögen analysiert.

Tabelle 3: Übersicht über die verwendeten Messinstrumente

Aufnahme	Wöchent- lich	Nach Wechsel in Stufe 2	Wöchent- lich	Nach Wechsel in Stufe 3	Wöchent- lich	Nach Wechsel in Stufe 4	Wöchent- lich	Ent- lassung
Sozialdaten								
Short Evaluation of Eating Disorders (SEED) + Menstruation letzte 6 Monate		SEED + Menstr. letzte 4 Wo		SEED + Menstr. letzte 4 Wo		SEED + Menstr. letzte 4 Wo		SEED + Menstr. letzte 4 Wochen
Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)		EDI-2		EDI-2		EDI-2		EDI-2
Fragebogen zur gesundheits-bezogenen Lebensqualität (SF-12)								SF-12
Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	SWE	SWE	SWE	SWE	SWE	SWE	SWE	SWE
Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)		FKK		FKK		FKK		FKK
	Befindlichkeits-Skala (Bf-S)	Bf-S	Bf-S	Bf-S	Bf-S	Bf-S	Bf-S	

2.2.7 Reliabilitäten der eingesetzten Messinstrumente

In der folgenden Tabelle (**Tabelle 4**) sind die internen Konsistenzen (Cronbachs α) der eingesetzten Messinstrumente bei Aufnahme abgebildet. Auf die Berechnung der Reliabilitäten des SEED und des SF-12 wurde aufgrund der unterschiedlichen

Antwortformate der einzelnen Items und aufgrund der Orientierung des SEED an den Diagnosekriterien für Essstörungen, durch die eine eher geringe Reliabilität zu erwarten ist, verzichtet.

Die Unterskalen des EDI-2 zeigen mit Ausnahme der Skala „Askese“ gute bis sehr gute Reliabilitäten. Die schlechtere Reliabilität der Skala „Askese“ steht in Übereinstimmung mit den Befunden von Thiel et al. (1997), die in ihrer Gruppe von Patientinnen mit Essstörungen einen Wert von $\alpha = .63$ fanden. Die internen Konsistenzen des FKK sind für die Skalen „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ und „Fatalistische Externalität“ gut, für die Skala „Soziale Externalität“ noch zufrieden stellend, aber für Skala „Internalität“ als nicht ausreichend zu bewerten. Die Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung und die Befindlichkeits-Skala weisen hingegen eine sehr gute interne Konsistenz auf.

Tabelle 4: Interne Konsistenzen der verwendeten Fragebögen

	N Personen	N Items	α
EDI-2 Schlankheitsstreben	68	7	.90
EDI-2 Bulimie	65	7	.95
EDI-2 Unzufriedenheit mit dem Körper	69	9	.86
EDI-2 Ineffektivität	64	10	.81
EDI-2 Perfektionismus	66	6	.70
EDI-2 Misstrauen	65	7	.82
EDI-2 Interozeptive Wahrnehmung	68	10	.81
EDI-2 Angst vor dem Erwachsenwerden	62	8	.75
EDI-2 Askese	61	8	.56
EDI-2 Impulsregulation	66	11	.74
EDI-2 Soziale Unsicherheit	56	8	.78
FKK Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	66	8	.76

	N Personen	N Items	α
FKK Internalität	67	8	.55
FKK Soziale Externalität	63	8	.64
FKK Fatalistische Externalität	67	8	.73
Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung	66	10	.90
Befindlichkeits-Skala	50	28	.94

2.3 Statistische Konkretisierung der Hypothesen

Aufgrund der geringen Stichprobengröße und der zum Teil ungleichen Gruppengrößen werden überwiegend non-parametrische Tests verwendet. Bei Analysen der Gesamtgruppe kamen auch parametrische Verfahren wie Pearson Korrelationen und multiple lineare Regressionen zum Einsatz. Das α -Fehlerniveau wird für alle Tests auf $p \leq .05$ festgelegt.

1. Wie sind die Kontrollüberzeugungen und die Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der stationären Behandlung ausgeprägt?

Hypothese 1.1: Die Essstörungspatientinnen weisen wesentlich geringere Werte in der internalen Kontrollüberzeugung (FKK) und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und höhere Werte in der external sozialen und external fatalistischen Kontrollüberzeugung (FKK) auf als die Normpopulation.

-> Hier sollen die Werte der Essstörungspatientinnen mit Normpopulationen aus dem Manual oder Referenzartikeln verglichen werden und T-Werte oder Prozenträge angegeben werden.

Hypothese 1.2: Es finden sich keine Unterschiede zwischen Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen (FKK) und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE).

-> Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen werden mit Hilfe des

Mann-Whitney-U-Test miteinander verglichen. Hier wird die Nullhypothese (kein Gruppenunterschied) erwartet.

Hypothese 1.3: Patientinnen, die die Therapie abbrechen weisen schon bei der Aufnahme eine geringere internale Kontrollüberzeugung (FKK) und Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) auf als die Patientinnen, die die Therapie regulär beenden (Erfolgreiche).

-> Erfolgreiche und Abbrecherinnen werden mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests miteinander verglichen. Hier wird die Alternativhypothese (Abbrecherinnen < Erfolgreiche) erwartet.

2. Hängt die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung bei Aufnahme in die stationäre Behandlung mit der Dauer der Essstörung und der Ausprägung der Essstörungssymptomatik zusammen?

Hypothese 2.1: Patientinnen mit geringerer Essstörungssymptomatik (EDI-2; SEED) bei der Aufnahme weisen stärkere internale und geringere externale Kontrollüberzeugungen (FKK) und eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) auf.

-> Dies soll mit 4 schrittweisen linearen Regressionen überprüft werden. Die abhängigen Variablen sind dabei 1. die internale Kontrollüberzeugung, 2. die sozial externale Kontrollüberzeugung, 3. die fatalistische externale Kontrollüberzeugung und 4. die Selbstwirksamkeitserwartung. Die unabhängigen Variablen sind: Dauer der Essstörung (Monate), Anzahl Komorbiditäten, T0 Schweregrad Anorexia nervosa (SEED), T0 Schweregrad Bulimia nervosa (SEED), T0 Schlankheitsstreben EDI-2, T0 Bulimie EDI-2, T0 Unzufriedenheit mit dem Körper EDI-2, T0 Perfektionismus EDI-2, T0 Interozeptive Wahrnehmung EDI-2, T0 Misstrauen EDI-2, T0 Angst vor dem Erwachsenwerden EDI-2, T0 Askese EDI-

2, T0 Impulsregulation EDI-2, T0 soziale Unsicherheit EDI-2, T0 Ineffektivität EDI-2. Da die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und die Ineffektivität (EDI-2) stark verwandte Konstrukte darstellen, wurde die Ineffektivität nicht als unabhängige Variable in die Regressionsrechnung mit der Selbstwirksamkeitserwartung als abhängiger Variable einbezogen.

Es wird erwartet, dass die unabhängigen Variablen einen Teil der Varianz der abhängigen Variablen bei der Aufnahme aufklären.

3. Wie verändern sich die Selbstwirksamkeitserwartung, die Kontrollüberzeugungen und die Essstörungssymptomatik von der Aufnahme bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung?

Hypothese 3.1: Die Essstörungssymptomatik (SEED-AN, SEED-BN, EDI-2) verringert sich bis zur Entlassung.

-> Mit Hilfe des t-Test für abhängige Stichproben wird die Veränderung von T0 zu T1 überprüft. Es wird die Alternativhypothese ($T0 > T1$) getestet.

Hypothese 3.2: Es finden sich keine Unterschiede zwischen Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen in Bezug auf die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und der Kontrollüberzeugungen (FKK).

-> Mit dem Mann-Whitney-U-Test wird überprüft, ob sich beide Gruppen in der Veränderung der abhängigen Variablen (Differenzwerte von T0 zu T1) voneinander unterscheiden. Es wird die Nullhypothese (kein Gruppenunterschied) erwartet.

Hypothese 3.3: Erfolgreiche Patientinnen zeigen eine Zunahme der internalen Kontrollüberzeugungen (FKK) und der Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE) sowie eine Abnahme der externalen Kontrollüberzeugungen (FKK). Abbrecherinnen zeigen diese Veränderungen nicht.

-> Es wird für Erfolgreiche und Abbrecherinnen getrennt überprüft (Wilcoxon-Rangtest), ob sich signifikante Veränderungen zeigen. Für die Erfolgreichen wird die Alternativhypothese ($T0 < T1$) und für die Abbrecherinnen die Nullhypothese (keine Veränderung) erwartet. Zusätzlich wird der Verlauf der Selbstwirksamkeitserwartung über die stationäre Therapie in Abhängigkeit vom Essstörungstyp (Anorexia vs. Bulimia nervosa), vom Abbruch der Behandlung (Erfolgreiche vs. Abbrecher) und der aktuellen Stimmung (Bf-S) mit Hilfe einer Multiebenen-Analyse (Multilevel-analysis) modelliert. Diese wird mit der Software MLA 4.1 (Busing, Meijer & van der Leeden, 2005) gerechnet.

4. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Stärke der Veränderung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung und der Stärke der Veränderung der Essstörungssymptomatik und der Lebensqualität?

Hypothese 4.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und der internalen Kontrollüberzeugung (FKK) und der Abnahme der Essstörungssymptomatik (SEED, EDI-2).

-> Diese Hypothese soll korrelativ (Pearson-Korrelation) überprüft werden. Es werden signifikante negative Korrelationen zwischen den Variablen erwartet.

Hypothese 4.2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und der internalen Kontrollüberzeugung (FKK) und der Zunahme der psychischen Lebensqualität (SF-12).

-> Diese Hypothese soll korrelativ (Pearson-Korrelation) überprüft werden. Es werden signifikante positive Korrelationen zwischen den Variablen erwartet.

5. Sagt die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Behandlung das Ausmaß und die Richtung der Veränderung der Essstörungssymptomatik bis zum Behandlungsende voraus?

Hypothese 5.1: Die Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung (FKK) und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) zu Beginn der Therapie kann das Ausmaß der Essstörungssymptomatik (SEED, EDI-2) am Ende der Therapie voraussagen.

-> Dies soll mit Hilfe einer linearen Regression überprüft werden. Es wird erwartet, dass die internale Kontrollüberzeugung und die Selbstwirksamkeitserwartung einen Anteil der Varianz der Essstörungssymptomatik aufklären.

Hypothese 5.2: Die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen (FKK) und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) zu Beginn der Therapie kann das Ausmaß der psychischen Lebensqualität (SF-12) am Ende der Therapie voraussagen.

-> Dies soll mit Hilfe einer linearen Regression überprüft werden. Es wird erwartet, dass die Kontrollüberzeugungen und die Selbstwirksamkeitserwartung einen Anteil der Varianz der psychischen Lebensqualität aufklären.

2.4 Stichprobenumfangsplanung / Teststärkenanalyse

Aufgrund des naturalistischen Untersuchungsdesigns und der hohen Abbruchrate für Therapien bei Essstörungspatientinnen sind nur kleine Stichprobengrößen, v. a. in Bezug auf die erfolgreichen Patientinnen zu erwarten. Da auch Nullhypothesen überprüft werden, muss eine ausreichend kleine β -Fehlerwahrscheinlichkeit angenommen werden. Bei einer α -Fehlerwahrscheinlichkeit von $p \leq .05$ und einer ebenso großen β -Fehlerwahrscheinlichkeit, d.h. einer

Teststärke ($1-\beta$) von .95, können große Effektstärken ($d = .5$) mit folgenden Stichprobengrößen entdeckt werden: a) Tests für abhängige Stichproben $N=45$; b) Punkt-biseriale Korrelationen $N=34$; c) Tests für unabhängige Stichproben $N=176$. Die Stichprobengröße für die Tests für unabhängige Stichproben ist so wahrscheinlich nicht erreichbar. Senkt man die Teststärke hier auf .80 und erhöht die Effektstärke auf $d = .7$, so ergibt sich eine nötige Stichprobengröße von $N=52$, um diesen Effekt entdecken zu können.

3 Ergebnisse

3.1 Interkorrelationen der Skalen zu Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen

Die drei Skalen zu Selbstwirksamkeit (SWE, EDI-2 Ineffektivität, FKK Selbstkonzept eigener Fähigkeiten) korrelieren mittelmäßig bis hoch miteinander (Pearson $r = \pm .53$ bis $r = \pm .75$; siehe **Tabelle 5**; Referenzwerte: Fisseni, 1997, S. 124), so dass man davon ausgehen kann, dass sie ein ähnliches zugrunde liegendes Konstrukt messen. Die Skala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten scheint dieses Konstrukt dabei am breitesten zu erfassen, da sie sowohl mit der SWE als auch mit der Skala Ineffektivität des EDI-2 über 52% gemeinsame Varianz erfasst.

Die Skala Internalität des FKK korreliert nicht mit den beiden Skalen zur Externalität, was für die Unabhängigkeit der beiden zugrunde liegenden Konstrukte (Internalität vs. Externalität) spricht. Die Soziale Externalität korreliert mittelhoch positiv mit der Fatalistischen Externalität und mittelhoch bis hoch mit den Skalen zur Selbstwirksamkeit. Eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung scheint also mit der Überzeugung zusammenzuhängen, bei wichtigen Dingen des Lebens nicht von anderen abhängig zu sein. Interessant ist, dass die Skala zur Fatalistischen Externalität zwar mittelhoch mit der Skala Ineffektivität des EDI-2 und niedrig mit dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten korreliert, jedoch nicht mit der Selbstwirksamkeitserwartung gemessen mit dem SWE. Die SWE scheint die Skala zu sein, mit der es am besten gelingt, Selbstwirksamkeitserwartung unabhängig von externalen Kontrollüberzeugungen zu erfassen, die internalen Kontrollüberzeugungen aber zu berücksichtigen.

Tabelle 5: Interkorrelationen der Skalen zu Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen

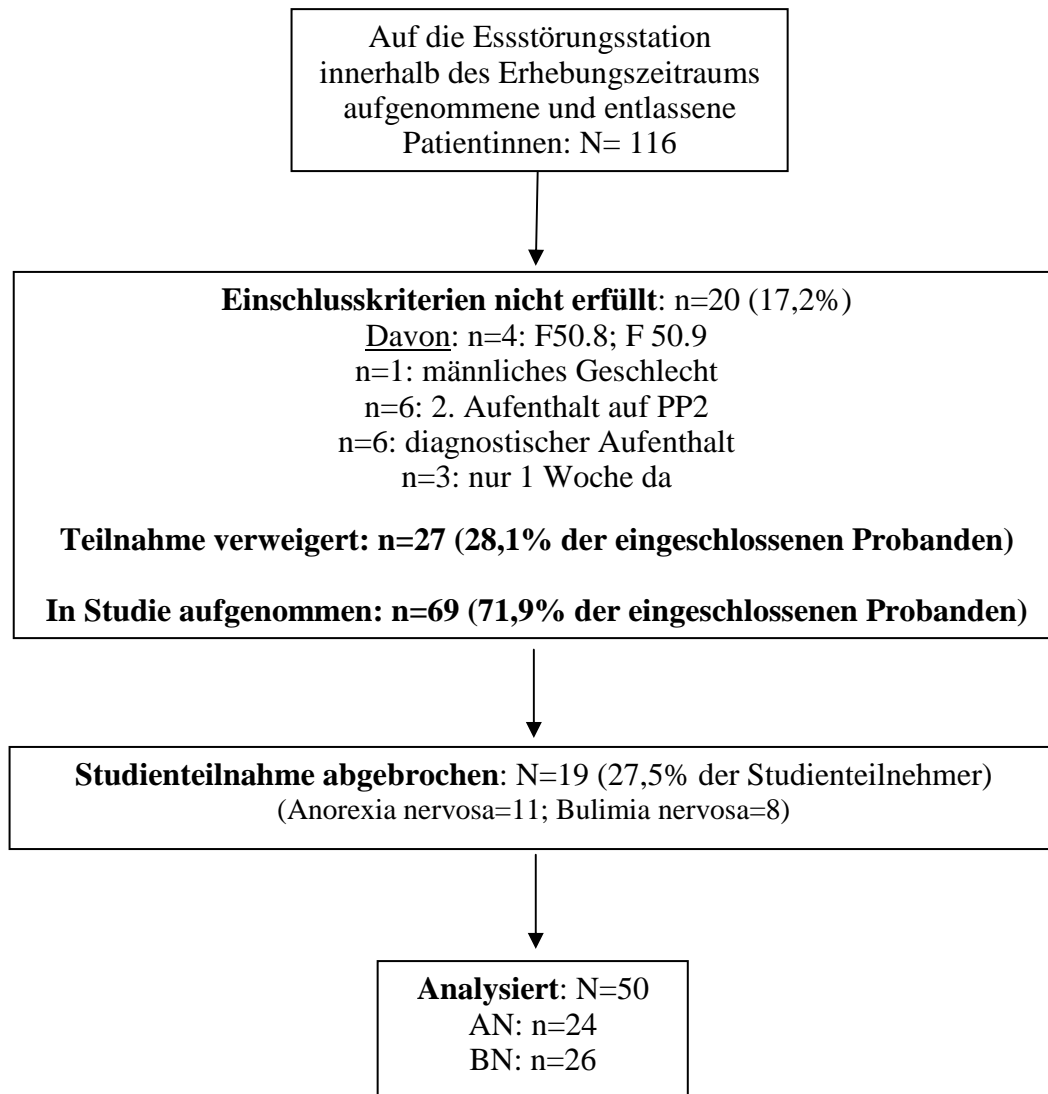
	T0 SWE Selbstwirk- samkeit	T0 FKK Fatalistische Externalität	T0 FKK Soziale Externalität	T0 FKK Internalität	T0 FKK Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	T0 Ineffektivität EDI2
T0 SWE Selbstwirksamkeit	1	-,19	-,41 **	,32*	,72 **	-,53 **
T0 FKK Fatalistische Externalität	-,19	1	,53 **	-,04	-,38 **	,46 **
T0 FKK Soziale Externalität	-,41 **	,53 **	1	-,15	-,52 **	,66 **
T0 FKK Internalität	,32 *	-,04	-,15	1	,22	-,14
T0 FKK Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	,72 **	-,38 **	-,52**	,22	1	-,75 **
t0 Ineffektivität EDI2	-,53 **	,46 **	,66 **	-,14	-,75 **	1

Korrelationen nach Pearson; N=50; ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

3.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Zusammensetzung der Stichprobe ist in der folgenden Abbildung (**Abbildung 1**) dargestellt:

Abbildung 1: Ablauf der Stichprobenerhebung



3.2.1 Studienabbrecherinnen

19 Patientinnen (27%) brachen die Studienteilnahme ab, d.h. sie füllten die Fragebögen trotz weitergehender Therapie oder vor der Entlassung nicht mehr aus und zogen ab diesem Zeitpunkt ihre Teilnahme an der Studie zurück. 79% (N=15) dieser Patientinnen brachen auch die Therapie ab. Dies ist ein wesentlich

höherer Anteil als bei den Studienteilnehmerinnen (38% Therapieabbrecherinnen; $\chi^2(1)=9,24$; $p=.002$). Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Anorexia nervosa ($n=11$, 31% der gesamten Anorexia nervosa-Patientinnen) und Bulimia nervosa-Patientinnen ($n=8$, 24%) ($\chi^2(1)=0,54$; $p=.46$). Studienabbrecherinnen und Patientinnen, die die Studie bis zum Ende der Therapie fortführten unterschieden sich dadurch, dass Studienabbrecherinnen bei der Aufnahme (T0) eher nicht erwerbstätig oder krankgeschrieben waren und, dass sie die Therapie häufiger vorzeitig beendeten (siehe oben) und so eine kürzere Therapiedauer aufwiesen (siehe nachfolgende **Tabellen 6 - 8**).

Tabelle 6: Soziodemografische Daten der Studienabbrecherinnen

	Studie abgebrochen	N	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U
Alter (Jahre)	nein	50	35,86	432,0
	ja	19	32,74	
Familienstand	nein	50	33,76	413,0
	ja	18	36,56	
Höchster Schulabschluss	nein	50	36,23	413,5
	ja	19	31,76	
Berufsstatus	nein	45	28,74	258,5*
	ja	17	38,79	

* $p \leq .05$

Tabelle 7: Essstörungssymptomatik

	Studie abgebrochen	N	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U
Wie häufig stationäre Therapie	nein	48	32,33	376,0
	ja	16	33,00	
Wie häufig ambulante Therapie	nein	47	32,69	390,5
	ja	17	31,97	
Welches war ihr niedrigstes Erwachsenengewicht? (kg)	nein	50	35,42	354,0
	ja	17	29,82	
Dauer der Essstörung in Monaten	nein	48	33,01	311,5
	ja	15	28,77	
Menstruation in den letzten 6 Monaten?	nein	50	33,22	386,0
	ja	16	34,38	
T0 BMI (kg/m²)	nein	50	35,14	368,0
	ja	17	30,65	
Dauer der Therapie (Tagen)	nein	50	38,49	300,5*
	ja	19	25,82	

	Studie abgebrochen	N	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U
T0 SEED Schweregrad AN	nein	49	33,64	409,5
	ja	17	33,09	
T0 SEED Schweregrad BN	nein	50	34,61	394,5
	ja	17	32,21	
t0 Schlankheitsstreben EDI2	nein	50	35,54	448,0
	ja	19	33,58	
t0 Bulimie EDI2	nein	50	36,55	397,5
	ja	19	30,92	
t0 Unzufriedenheit mit dem Körper EDI2	nein	50	36,00	425,0
	ja	19	32,37	
t0 Ineffektivität EDI2	nein	50	36,32	409,0
	ja	19	31,53	
t0 Perfektionismus EDI2	nein	50	34,16	433,0
	ja	19	37,21	
t0 Misstrauen EDI2	nein	50	35,78	436,0
	ja	19	32,95	
t0 Interozeptive Wahrnehmung EDI2	nein	50	34,42	446,0
	ja	19	36,53	
t0 Angst vor dem Erwachsenwerden EDI2	nein	50	35,24	463,0
	ja	19	34,37	
t0 Askese EDI2	nein	50	34,74	462,0
	ja	19	35,68	
t0 Impulsregulation EDI2	nein	50	34,99	474,5
	ja	19	35,03	
t0 Soziale Unsicherheit EDI2	nein	50	37,08	371,0
	ja	19	29,53	

* $p \leq .05$

Tabelle 8: Psychische Ressourcen und Lebensqualität

	Studie abgebrochen	N	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U
T0 FKK Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	nein	50	35,46	402,0
	ja	18	31,83	
T0 FKK Internalität	nein	50	33,81	415,5
	ja	18	36,42	
T0 FKK Soziale Externalität	nein	50	35,46	402,0
	ja	18	31,83	
T0 FKK Fatalistische Externalität	nein	50	33,26	388,0
	ja	18	37,94	
T0 SWE Selbstwirksamkeit	nein	50	35,23	413,5
	ja	18	32,47	
T0 SF-12 Körperliche Lebensqualität	nein	48	35,21	302,0
	ja	17	26,76	
T0 SF-12 Psychische Lebensqualität	nein	48	33,13	402,0
	ja	17	32,65	

3.2.2 Gesamtstichprobe bei der Aufnahme in die stationäre Therapie (T0)

Die untersuchte Patientinnengruppe war bei Aufnahme im Durchschnitt 27 Jahre alt und überwiegend ledig (N=29, 58%; **Tabelle 9**). Das Bildungsniveau lag mit 50% (N=25) Abitur/ Fachabitur sehr hoch. Drei Viertel (73,5%, N=36) hatten neben der Anorexia nervosa (F50.0, F50.1) oder der Bulimia nervosa (F50.2, F50.3) noch eine oder mehrere weitere Diagnosen, am häufigsten Depressionen (F32., F33.; N=21, 43%).

Tabelle 9: Soziodemografische Daten und Daten bei Aufnahme der Gesamtstichprobe

	N	M ± SD/ N (%)
Alter (Jahre)	50	26,8±7,8
Familienstand (N (%) ledig)	50	29 (58)
Höchster Schulabschluss (N (%) Abitur/ Fachabitur)	50	25 (50)
Berufsstatus (N (%) krank geschrieben)	45	15 (33)
Wie häufig stationäre Therapie	48	1,0±1,6
Wie häufig ambulante Therapie	47	1,5±3,0
Anzahl an Komorbiditäten	49	1,2±1,2
Dauer der Essstörung in Jahren	48	8,7±0,7
Menstruation in den letzten 6 Monaten (N (%) ausbleibend)	50	13 (26,0)
T0 BMI (kg/m ²)	50	18,6±4,2

Gesamtstichprobe Essstörungssymptomatik und Lebensqualität

Die Patientinnen sind in ihrer Essstörungssymptomatik (SEED, EDI-2) zu Beginn der Behandlung mit anderen Bulimia nervosa- und Anorexia nervosa-Patientinnen bei Beginn ihrer stationären Behandlung vergleichbar (Bauer et al., 2005; Thiel et al., 1997; **Tabelle 10**). Sie zeigen allerdings auf allen Skalen des EDI-2 stark erhöhte Werte im Vergleich zur Normpopulation (Prozentwerte: Bulimie >99%; Schlankheitsstreben, Ineffektivität, Interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Soziale Unsicherheit: 95 – 99%; Misstrauen, Impulsregulation: 90%; Unzufriedenheit mit dem Körper: 85 – 90%;

Perfektionismus: 80 – 85%; Thiel et al., 1997). Bezogen auf die Körperliche Lebensqualität bei Aufnahme entspricht der Wert der untersuchten Patientinnen dem 25. Perzentil der Normpopulation. Der Wert für die psychische Lebensqualität liegt weit unter dem 25. Perzentil (diese entspricht einem Wert von 46,2; Bullinger & Kirchberger, 1998).

Tabelle 10: Essstörungssymptomatik und Lebensqualität der Gesamtstichprobe

	N	M ± SD	Norm*
t0 SEED Schweregrad AN	49	1,6±0,8	n.a.
t0 SEED Schweregrad BN	50	2,0±0,8	n.a.
t0 Schlankheitsstreben EDI2	50	4,8±1,3	2,5±1,0
t0 Bulimie EDI2	50	3,7±1,7	1,5±0,5
t0 Unzufriedenheit mit dem Körper EDI2	50	4,8±1,2	3,6±1,1
t0 Ineffektivität EDI2	50	4,1±0,9	2,4±0,6
t0 Perfektionismus EDI2	50	3,6±1,0	2,8±1,0
t0 Misstrauen EDI2	50	3,6±0,9	2,6±0,6
t0 Interozeptive Wahrnehmung EDI2	50	4,0±1,0	2,2±0,6
t0 Angst vor dem Erwachsenwerden EDI2	50	3,6±0,9	2,6±0,6
t0 Askese EDI2	50	3,3±0,8	2,1±0,5
t0 Impulsregulation EDI2	50	2,9±0,8	2,1±0,6
t0 Soziale Unsicherheit EDI2	50	4,0±0,8	2,8±0,6
t0 SF-12 Körperliche Lebensqualität	48	42,1±9,6	50±10
t0 SF-12 Psychische Lebensqualität	48	27,9±7,2	50±10

* n.a.: keine Normwerte vorhanden; für EDI-2: Skalenmittelwerte ± Standardabweichung einer gesunden weiblichen Normgruppe (N=186; Thiel et al., 1997)

Gesamtstichprobe psychische Ressourcen

Hypothese 1.1: Die Essstörungspatientinnen weisen wesentlich geringere Werte in der internalen Kontrollüberzeugung (FKK) und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und höhere Werte in der external sozialen und external fatalistischen Kontrollüberzeugung (FKK) auf als die Normpopulation.

Die Patientinnen weisen im Vergleich mit einer Normpopulation (Krampen, 1989; Hinz et al., 2006) eine geringere interne Kontrollüberzeugung (T= 43; 24%) und

eine wesentlich geringere Selbstwirksamkeitserwartung ($T = 34$; 6%) auf (**Tabelle 11**). Bezogen auf die sozial externe Kontrollüberzeugung ($T = 58$; 79%) zeigen sich leicht erhöhte Werte, während die Patientinnen bei der fatalistisch externen Kontrollüberzeugung im Normbereich liegen ($T = 52$; 58%). Die Hypothese ist bezogen auf die fatalistische Kontrollüberzeugung als nicht bestätigt anzusehen.

Tabelle 11: Psychische Ressourcen in der Gesamtstichprobe

	N	M \pm SD	Normbereich
T0 FKK Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	50	21,9 \pm 5,8	26 – 38
T0 FKK Internalität	50	28,1 \pm 4,1	26 – 38
T0 FKK Soziale Externalität	50	29,5 \pm 5,4	20 – 32
T0 FKK Fatalistische Externalität	50	28,3 \pm 5,9	20 – 32
T0 SWE Selbstwirksamkeit	50	21,1 \pm 5,9	25 – 35

3.2.3. Anorexia nervosa vs. Bulimia nervosa-Patientinnen bei der Aufnahme (T0)

Der Vergleich der Anorexia nervosa ($n=24$) mit den Bulimia nervosa-Patientinnen ($n=26$) bei Aufnahme, zeigt signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (**Tabelle 12**).

Die Anorexia nervosa-Patientinnen sind älter und häufiger krank geschrieben, Teilzeit oder nicht erwerbstätig, als Bulimia nervosa-Patientinnen.

Tabelle 12: Vergleich der Anorexia und Bulimia nervosa-Patientinnen bei Aufnahme

		N	M \pm SD/ N (%)	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U/ χ^2	p
Alter (Jahre)	AN	24	29,7 \pm 9,2	30,29	197,0	.025
	BN	26	24,1 \pm 5,2	21,08		
Familienstand (N (%) ledig)	AN	24	15 (63)		$\chi^2 = 3,88$.42
	BN	26	14 (54)			
Höchster Schulabschluss (N (%) Abitur/ Fachabitur)	AN	24	12 (50)	25,10	302,5	.84
	BN	26	13 (50)	25,87		
Berufsstatus (N (%) krank geschrieben)	AN	22	12 (55)		$\chi^2 = 12,05$.017
	BN	23	3 (13)			

AN= Anorexia nervosa, BN= Bulimia nervosa

Anorexia nervosa vs. Bulimia nervosa-Patientinnen: Essstörungssymptomatik

Die Anorexia nervosa-Patientinnen zeigen erwartungsgemäß eine stärkere anorektische (SEED, ausbleibende Menstruation) und eine geringere bulimische Symptomatik (SEED, EDI-2 Bulimie) als die Bulimikerinnen (**Tabelle 13**). Der BMI war bei den Anorektikerinnen wesentlich geringer als bei den Bulimikerinnen. Die Bulimia nervosa-Patientinnen wiesen ein stärkeres Schlankheitsstreben (EDI-2) und eine größere Unzufriedenheit mit dem Körper (EDI-2) auf als die anorektischen Patientinnen.

Tabelle 13: Vergleich der Essstörungssymptomatik der Anorexia und Bulimia nervosa-Patientinnen

		N	M ± SD/ N (%)	Mittlerer Rang	Mann-Whitney U/ χ^2	p
Wie häufig stationäre Therapie	AN	22	1,6±2,0	28,30	202,5	.060
	BN	26	0,6±0,9	21,29		
Wie häufig ambulante Therapie	AN	21	2,1±4,3	25,05	251,0	.62
	BN	26	1,0±1,0	23,15		
T0 Anzahl an Komorbiditäten	AN	23	1,3±1,2	26,33	268,5	.51
	BN	26	1,2±1,2	23,83		
Dauer der Essstörung in Jahren	AN	23	10,2±9,2	25,26	270,0	.72
	BN	25	7,3±3,8	23,80		
Menstruation in den letzten 6 Monaten (N (%) ausbleibend)	AN	24	10 (41,7)		$\chi^2= 11,63$.020
	BN	26	3 (11,5)			
T0 BMI (kg/m ²)	AN	24	15,2±1,5	12,50	0,0	≤.001
	BN	26	21,8±3,2	37,50		
T0 SEED Schweregrad AN	AN	24	2,2±0,5	36,21	31,0	≤.001
	BN	25	1,0±0,4	14,24		
T0 SEED Schweregrad BN	AN	24	1,7±0,9	20,23	185,5	.013
	BN	26	2,3±0,5	30,37		
t0 Schlankheitsstreben EDI2	AN	24	4,3±1,5	20,79	199,0	.027
	BN	26	5,2±0,8	29,85		
t0 Bulimie EDI2	AN	24	2,8±1,7	18,08	134,0	≤.001
	BN	26	4,5±1,1	32,35		
t0 Unzufriedenheit mit dem Körper EDI2	AN	24	4,3±1,4	19,77	174,5	.007
	BN	26	5,2±0,8	30,79		
t0 Ineffektivität EDI2	AN	24	4,1±0,7	26,06	298,5	.79
	BN	26	4,0±1,0	24,98		
t0 Perfektionismus EDI2	AN	24	3,8±0,9	29,10	225,5	.092
	BN	26	3,4±1,0	22,17		
t0 Misstrauen EDI2	AN	24	3,7±0,7	27,38	267,0	.38
	BN	26	3,5±1,1	23,77		

		N	M ± SD/ N (%)	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U/ x ²	p
t0 Interozeptive Wahrnehmung EDI2	AN	24	3,9±0,9	24,35	284,5	.59
	BN	26	4,2±1,0	26,56		
t0 Angst vor dem Erwachsenwerden EDI2	AN	24	3,5±0,9	24,29	283,0	.57
	BN	26	3,7±0,9	26,62		
t0 Askese EDI2	AN	24	3,5±0,6	27,15	272,5	.44
	BN	26	3,2±0,9	23,98		
t0 Impulsregulation EDI2	AN	24	2,7±0,7	23,29	259,0	.30
	BN	26	3,1±0,9	27,54		

AN= Anorexia nervosa, BN= Bulimia nervosa

Anorexia nervosa vs. Bulimia nervosa-Patientinnen: Psychische Ressourcen und Lebensqualität

Die Bulimia nervosa-Patientinnen hatten eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und eine höhere körperliche Lebensqualität (SF-12) als die Anorexia nervosa-Patientinnen (**Tabelle 14**).

Tabelle 14: Vergleich der psychischen Ressourcen und der Lebensqualität bei Anorexia und Bulimia nervosa-Patientinnen

		N	M ± SD	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U	p
T0 FKK Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	AN	24	21,6±5,0	24,75	294,0	.73
	BN	26	22,1±6,5	26,19		
T0 FKK Internalität	AN	24	27,7±3,9	24,60	290,5	.68
	BN	26	28,4±4,3	26,33		
T0 FKK Soziale Externalität	AN	24	28,7±4,9	23,85	272,5	.44
	BN	26	30,3±5,7	27,02		
T0 FKK Fatalistische Externalität	AN	24	26,5±5,0	21,38	213,0	.054
	BN	26	29,9±6,4	29,31		
T0 SWE Selbstwirksamkeit	AN	24	19,3±4,9	20,94	202,5	.033
	BN	26	22,8±6,4	29,71		
T0 SF-12 Körperliche Lebensqualität	AN	22	38,4±8,8	19,43	174,5	.021
	BN	26	45,2±9,3	28,79		
T0 SF-12 Psychische Lebensqualität	AN	22	27,9±6,2	25,61	261,5	.61
	BN	26	27,9±8,1	23,56		

AN= Anorexia nervosa, BN= Bulimia nervosa

Hypothese 1.2: Es finden sich keine Unterschiede zwischen Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen (FKK) und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE).

Diese wurde in Bezug auf die Selbstwirksamkeitserwartung nicht bestätigt.

3.2.4 Abbrecher vs. Erfolgreiche bei der Aufnahme (T0)

19 Patientinnen (38% der Studienpatientinnen; 9 Anorexia nervosa und 10 Bulimia nervosa, Gruppenunterschied nicht signifikant) brachen die stationäre Therapie vorzeitig ab (Abbrecherinnen). Davon verließen 5 Anorexia nervosa-Patientinnen die Behandlung in der ersten Behandlungsstufe, 10 Patientinnen (4 AN und 6 BN) in der zweiten und 4 Bulimia nervosa-Patientinnen in der tagesklinischen Behandlung. Von den 9 Anorexia nervosa-Patientinnen verließen 4 aus eigenem Entschluss die Behandlung (Gründe: eigene Grenze ist erreicht; Druck ist zu groß), 4 wurden vom Team entlassen (Gründe: rote Karte, andere Regelverletzung) und 1 Patientin kam für eine medizinische Abklärung in eine andere Klinik. Von den 10 Bulimia nervosa-Patientinnen verließen 4 aus eigenem Wunsch die Behandlung (Gründe wie oben), 3 wurden vom Team entlassen (Gründe wie oben) und 3 Patientinnen hatten sonstige Gründe für den Therapieabbruch (Schwangerschaft, Studium, sich um eigene Wohnung kümmern). Da sich kein signifikanter Gruppenunterschied hinsichtlich der Abbruchrate der beiden Essstörungsgruppen zeigte, wurden beide Gruppen in den folgenden Analysen zusammengefasst. In den soziodemografischen Variablen zeigten sich keine Unterschiede zwischen Therapieabbrecherinnen und Erfolgreichen (**Tabelle 15**).

Tabelle 15: Unterschiede in den soziodemografischen Variablen zwischen Therapieabbrecherinnen und Erfolgreichen

	Therapie- abbruch	N	M ± SD/ N (%)	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U/ χ^2	P
Alter (Jahre)	kein Abbruch	31	27,0±7,4	26,13	275,0	.70
	Abbruch	19	26,5±8,7	24,47		
Familienstand (N (%) ledig)	kein Abbruch	31	17 (55)		$\chi^2= 0,96$.92
	Abbruch	19	12 (63)			
Höchster Schulabschluss (N (%) Abitur/ Fachabitur)	kein Abbruch	31	18 (58)	28,21	210,5	.07
	Abbruch	19	7 (37)	21,08		
Berufsstatus (N (%) krank geschrieben)	kein Abbruch	29	8 (28)		$\chi^2= 3,25$.52
	Abbruch	16	7 (44)			

Abbrecher vs. Erfolgreiche: Essstörungssymptomatik

Die Abbrecherinnen hatten signifikant seltener ambulante Therapien in der Vorgeschichte, hatten im Durchschnitt eine komorbide Störung mehr als die Erfolgreichen und zeigten eine stärker gestörte Impulsregulation (EDI-2) (Tabelle 16). Sie zeigten außerdem tendenziell höhere Werte bei Misstrauen und Angst vor dem Erwachsenenwerden (EDI-2).

Tabelle 16: Unterschiede in der Essstörungssymptomatik zwischen Abbrecherinnen und Erfolgreichen

	Therapie- abbruch	N	M \pm SD/ N (%)	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U/ χ^2	P
Wie häufig stationäre Therapie	kein Abbruch	29	0,9 \pm 1,6	23,38	243,0	.46
	Abbruch	19	1,1 \pm 1,5	26,21		
Wie häufig ambulante Therapie	kein Abbruch	28	2,1 \pm 3,7	28,48	140,5	.004
	Abbruch	19	0,5 \pm 0,9	17,39		
T0 Anzahl an Komorbiditäten	kein Abbruch	30	0,9 \pm 1,1	20,42	147,5	.003
	Abbruch	19	1,7 \pm 1,2	32,24		
Dauer der ED in Monaten	kein Abbruch	30	114 \pm 93	26,13	221,0	.30
	Abbruch	18	87 \pm 65	21,78		
Menstruation in den letzten 6 Monaten (N (%) ausbleibend)	kein Abbruch	31	9 (29,0)		$\chi^2=1,28$.86
	Abbruch	19	4 (21,2)			
T0 BMI (kg/m ²)	kein Abbruch	31	18,7 \pm 4,0	25,90	282,0	.80
	Abbruch	19	18,6 \pm 4,7	24,84		
T0 SEED Schweregrad AN	kein Abbruch	30	1,6 \pm 0,8	25,33	275,0	.83
	Abbruch	19	1,5 \pm 0,8	24,47		
T0 SEED Schweregrad BN	kein Abbruch	31	2,1 \pm 0,7	26,68	258,0	.46
	Abbruch	19	1,9 \pm 0,8	23,58		
t0 Schlankheitsstreben EDI2	kein Abbruch	31	4,8 \pm 1,1	24,97	278,0	.74
	Abbruch	19	4,7 \pm 1,6	26,37		
t0 Bulimie EDI2	kein Abbruch	31	3,8 \pm 1,5	26,60	260,5	.50
	Abbruch	19	3,5 \pm 1,9	23,71		
t0 Unzufriedenheit mit dem Körper EDI2	kein Abbruch	31	4,8 \pm 1,0	24,40	260,5	.49
	Abbruch	19	4,8 \pm 1,5	27,29		
t0 Ineffektivität EDI2	kein Abbruch	31	3,9 \pm 0,8	22,24	193,5	.043
	Abbruch	19	4,4 \pm 0,9	30,82		
t0 Perfektionismus EDI2	kein Abbruch	31	3,6 \pm 0,8	24,58	266,0	.57
	Abbruch	19	3,7 \pm 1,2	27,00		
t0 Misstrauen EDI2	kein Abbruch	31	3,4 \pm 0,9	22,50	201,5	.06
	Abbruch	19	3,9 \pm 0,8	30,39		
t0 Interozeptive Wahrnehmung EDI2	kein Abbruch	31	3,9 \pm 0,8	23,31	226,5	.17
	Abbruch	19	4,3 \pm 1,1	29,08		

	Therapie- abbruch	N	M \pm SD/ N (%)	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U/ χ^2	P
t0 Angst vor dem Erwachsenwerden EDI2	kein Abbruch	31	3,4 \pm 0,9	22,35	197,0	.051
	Abbruch	19	3,9 \pm 0,8	30,63		
t0 Askese EDI2	kein Abbruch	31	3,2 \pm 0,6	25,21	285,5	.86
	Abbruch	19	3,4 \pm 0,9	25,97		
t0 Impulsregulation EDI2	kein Abbruch	31	2,7 \pm 0,5	22,16	191,0	.038
	Abbruch	19	3,2 \pm 1,0	30,95		
t0 Soziale Unsicherheit EDI2	kein Abbruch	31	3,8 \pm 0,9	23,21	223,5	.15
	Abbruch	19	4,2 \pm 0,8	29,24		

Abbrecher vs. Erfolgreiche: Psychische Ressourcen und Lebensqualität

Die Abbrecherinnen zeigten eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung als die Erfolgreichen (Tabelle 17).

Hypothese 1.3: Patientinnen, die die Therapie abbrechen weisen schon bei der Aufnahme eine geringere interne Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung auf als die Patientinnen, die die Therapie regulär beenden (Erfolgreiche).

Diese Hypothese konnte nur in Bezug auf die Selbstwirksamkeitserwartung bestätigt werden, nicht in Bezug auf die interne Kontrollüberzeugung.

Tabelle 17: Unterschiede bei psychischen Ressourcen und Lebensqualität zwischen Abbrecherinnen und Erfolgreichen

	Therapie- abbruch	N	M \pm SD/	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U	P
T0 FKK Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	kein Abbruch	31	22,9 \pm 5,6	28,90	189,0	.035
	Abbruch	19	20,6 \pm 5,7	19,95		
T0 FKK Internalität	kein Abbruch	31	27,6 \pm 4,1	24,18	253,5	.41
	Abbruch	19	28,7 \pm 4,2	27,66		
T0 FKK Soziale Externalität	kein Abbruch	31	28,9 \pm 4,0	24,11	251,5	.39
	Abbruch	19	30,5 \pm 7,1	27,76		
T0 FKK Fatalistische Externalität	kein Abbruch	31	27,2 \pm 4,7	23,23	224,0	.16
	Abbruch	19	30,1 \pm 7,3	29,21		
T0 SWE Selbstwirksamkeit	kein Abbruch	31	22,7 \pm 5,8	29,60	167,5	.011
	Abbruch	19	18,5 \pm 5,3	18,82		
T0 SF-12 Körperliche Lebensqualität	kein Abbruch	30	42,6 \pm 9,3	25,30	246,0	.61
	Abbruch	18	41,3 \pm 10,1	23,17		
T0 SF-12 Psychische Lebensqualität	kein Abbruch	30	28,0 \pm 7,5	24,30	264,0	.90
	Abbruch	18	27,7 \pm 7,0	24,83		

3.3 Ergebnisse zu den Fragestellungen

3.3.1 Hängt die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung bei Aufnahme in die stationäre Behandlung mit der Dauer der Essstörung und der Ausprägung der Essstörungssymptomatik zusammen?

Hypothese 2.1: Patientinnen mit geringerer Essstörungssymptomatik bei der Aufnahme weisen stärkere internale und geringere externale Kontrollüberzeugungen und eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung auf.

1. Internalität (FKK). Mit den angegebenen unabhängigen Variablen und der Internalität als abhängiger Variable wurde kein Regressionsmodell gefunden, dass zu den Daten passte ($F(15, 45) = 0,88, p = .59$).

2. Soziale Externalität (FKK). 60% der Varianz der Sozialen Externalität werden durch drei Variablen erklärt (**Tabelle 18**). Patientinnen mit stärkerer Ineffektivität (EDI-2), geringerem Schweregrad der anorektischen Symptomatik (SEED) und höheren Werten auf der Skala Perfektionismus (EDI-2) weisen eine höhere Soziale Externalität auf.

Tabelle 18: Schrittweise lineare Regression zur Prädiktion der Sozialen Externalität

	Erklärte Varianz*	Standardisiertes beta	t	p
T0 Ineffektivität (EDI-2)	.45	.60	5,39	≤.001
T0 Schweregrad AN (SEED)	.53	-.35	-3,57	≤.001
T0 Perfektionismus (EDI-2)	.60	.32	2,87	.006

$R^2 = .599$; $F(3, 45) = 23,4$; $p \leq .001$; **abhängige Variable: Soziale Externalität (FKK); ausgeschlossene Prädiktorvariablen:** Dauer der Essstörung (Monate), Anzahl Komorbiditäten, T0 Schweregrad BN (SEED), t0 Schlankheitsstreben EDI-2, t0 Bulimie EDI-2, t0 Unzufriedenheit mit dem Körper EDI-2, t0 Interozeptive Wahrnehmung EDI-2, t0 Misstrauen EDI-2, t0 Angst vor dem Erwachsenwerden EDI-2, t0 Askese EDI-2, t0 Impulsregulation EDI-2, t0 Soziale Unsicherheit EDI-2

* adjusted R^2

3. Fatalistische Externalität (FKK). 45% der Varianz der Fatalistischen Externalität zu Therapiebeginn werden durch vier Faktoren erklärt, wobei nur drei Faktoren unter dem vorgegebenen Signifikanzniveau von .05 signifikant werden (**Tabelle 19**). Patientinnen mit einer geringeren Essstörungssymptomatik (SEED) und einem stärkeren Gefühl der Ineffektivität (EDI-2) sehen wichtige Ereignisse stärker von fatalistischen Faktoren abhängig. Eine schlechtere interozeptive Wahrnehmung (EDI-2) klärt zwar den höchsten Varianzanteil der Fatalistischen Externalität auf, wird aber als Prädiktor nur tendenziell signifikant.

Tabelle 19: Schrittweise lineare Regression zur Prädiktion der Fatalistischen Externalität

	Erklärte Varianz*	Standardisiertes beta	<i>t</i>	<i>p</i>
T0 Interozeptive Wahrnehmung (EDI-2)	.26	.35	1,89	.066
T0 Schweregrad BN (SEED)	.31	-.37	-2,95	.005
T0 Schweregrad AN (SEED)	.39	-.42	-3,36	.002
T0 Ineffektivität (EDI-2)	.45	.42	2,33	.025

$R^2 = .450$; $F(4, 45) = 10,2$; $p \leq .001$; **abhängige Variable: Fatalistische Externalität (FKK); ausgeschlossene Prädiktorvariablen:** Dauer der Essstörung (Monate), Anzahl Komorbiditäten, t0 Schlankheitsstreben EDI-2, t0 Bulimie EDI-2, t0 Unzufriedenheit mit dem Körper EDI-2, t0 Perfektionismus EDI-2, t0 Misstrauen EDI-2, t0 Angst vor dem Erwachsenwerden EDI-2, t0 Askese EDI-2, t0 Impulsregulation EDI-2, t0 Soziale Unsicherheit EDI-2

* adjusted R^2

4. Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE). Wie die abgebildete **Tabelle 20** anzeigt, werden 33% der Varianz der Selbstwirksamkeitserwartung bei Aufnahme in die stationäre Therapie von der Ausprägung der sozialen Unsicherheit (EDI-2) und dem Schweregrad der bulimischen Symptomatik (SEED) erklärt. Die Dauer der Essstörung spielt hierbei keine Rolle. Patientinnen mit geringerer sozialer Unsicherheit und stärkeren bulimischen Symptomen zeigten eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung. Dies entspricht dem Befund, dass Bulimia nervosa-Patientinnen bei der Aufnahme eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung als die

Anorexia nervosa-Patientinnen zeigten. Außerdem scheint das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung –wie schon unter Abschnitt 2.2.5: Interkorrelationen der Skalen angedacht– stark mit interpersonellen Komponenten zusammenzuhängen.

Tabelle 20: Schrittweise lineare Regression zur Prädiktion der Selbstwirksamkeitserwartung

	Erklärte Varianz*	Standardisiertes beta	<i>t</i>	<i>p</i>
T0 Soziale Unsicherheit (EDI-2)	.25	-.54	-4,44	≤.001
T0 Schweregrad BN (SEED)	.33	.31	2,50	.016

$R^2 = .334$; $F(2, 45) = 12,3$; $p \leq .001$; **abhängige Variable: Selbstwirksamkeitserwartung (SWE); ausgeschlossene Prädiktorvariablen:** Dauer der Essstörung (Monate), Anzahl Komorbiditäten, T0 Schweregrad AN (SEED), t0 Schlankheitsstreben EDI-2, t0 Bulimie EDI-2, t0 Unzufriedenheit mit dem Körper EDI-2, t0 Perfektionismus EDI-2, t0 Interozeptive Wahrnehmung EDI-2, T0 Misstrauen EDI-2, t0 Angst vor dem Erwachsenwerden EDI-2, t0 Askese EDI-2, t0 Impulsregulation EDI-2

* adjusted R^2

Fazit zu Hypothese 2.1: Die Hypothese konnte nur zum Teil bestätigt werden. Es zeigte sich zwar, dass eine höhere Ineffektivität, eine geringere interozeptive Wahrnehmung und ein stärkeres Perfektionismusstreben mit einer höheren externalen Kontrollüberzeugung verbunden sind. Die Stärke der Essstörungspathologie zeigte allerdings durchgehend einen überraschenden Zusammenhang zu den Ressourcen. Hier muss das Zusammenspiel der einzelnen Faktoren beachtet werden. Dieses wird im Diskussionsteil diskutiert werden.

3.3.2 Wie verändern sich die Selbstwirksamkeitserwartung, die Kontrollüberzeugungen und die Essstörungssymptomatik von der Aufnahme bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung?

Hypothese 3.1: Die Essstörungssymptomatik (SEED-AN, SEED-BN, EDI-2) verringert sich bis zur Entlassung.

Es zeigte sich eine signifikante Abnahme ($p \leq .05$) in allen Bereichen außer der

Unzufriedenheit mit dem Körper (**Tabelle 21**).

Tabelle 21: Veränderung der Essstörungssymptomatik von der Aufnahme (T0) bis zur Entlassung (T1)

	N	T0: M \pm SD	T1: M \pm SD	t-Wert	p
SEED AN	48	1,6 \pm 0,8	1,2 \pm 0,6	4,73	$\leq .001$
SEED BN	50	2,0 \pm 0,8	0,9 \pm 0,8	9,02	$\leq .001$
EDI-2 Schlankheitsstreben	50	4,8 \pm 1,3	4,1 \pm 1,3	5,24	$\leq .001$
EDI-2 Bulimie	50	3,7 \pm 1,7	2,6 \pm 1,4	6,03	$\leq .001$
EDI-2 Unzufriedenheit mit dem Körper	50	4,8 \pm 1,2	4,5 \pm 1,1	1,58	.12
EDI-2 Ineffektivität	50	4,1 \pm 0,9	3,4 \pm 1,0	6,18	$\leq .001$
EDI-2 Perfektionismus	50	3,6 \pm 1,0	3,3 \pm 1,0	3,24	.002
EDI-2 Misstrauen	50	3,6 \pm 0,9	3,3 \pm 0,9	2,33	.024
EDI-2 Interozeptive Wahrnehmung	50	4,0 \pm 1,0	3,3 \pm 1,0	6,54	$\leq .001$
EDI-2 Angst vor dem Erwachsenwerden	50	3,6 \pm 0,9	3,2 \pm 1,0	2,85	.006
EDI-2 Askese	49	3,3 \pm 0,8	2,9 \pm 0,8	3,87	$\leq .001$
EDI-2 Impulsregulation	49	2,9 \pm 0,8	2,5 \pm 0,7	4,54	$\leq .001$
EDI-2 Soziale Unsicherheit	49	4,0 \pm 0,8	3,6 \pm 0,9	3,12	.003

Hypothese 3.2: Es finden sich keine Unterschiede zwischen Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen in Bezug auf die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Kontrollüberzeugungen.

Diese Hypothese wurde bestätigt (**Tabelle 22**). Die Anorexia nervosa-Patientinnen zeigten allerdings eine tendenziell stärkere Zunahme der Fatalistischen und eine tendenziell geringere Abnahme der Sozialen Externalität.

Tabelle 22: Gruppenunterschiede zwischen Anorexia und Bulimia nervosa-Patientinnen in der Veränderung der psychischen Ressourcen von der Aufnahme (T0) bis zur Entlassung (T1)

	ED-Gruppe		T0	T1	Mann-Whitney U	p
FKK Internalität	AN	Mean ± SD	27,7±3,9	28,7 ± 5,0	257,0	.28
	BN	Mean ± SD	28,4±4,3	28,8 ± 3,2		
FKK Soziale Externalität	AN	Mean ± SD	28,7±4,9	28,3 ± 6,3	221,5	.078
	BN	Mean ± SD	30,3±5,7	26,8 ± 6,6		
FKK Fatalistische Externalität	AN	Mean ± SD	26,5±5,0	27,3 ± 5,6	215,0	.059
	BN	Mean ± SD	29,9±6,4	30,0 ± 12,7		
SWE Selbstwirksamkeit	AN	Mean ± SD	19,3±4,9	22,8 ± 5,7	280,5	.54
	BN	Mean ± SD	22,8±6,4	25,5 ± 6,9		

Hypothese 3.3: Erfolgreiche Patientinnen zeigen eine Zunahme der internalen Kontrollüberzeugungen (FKK) und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) sowie eine Abnahme der externalen Kontrollüberzeugungen (FKK). Abbrecherinnen zeigen diese Veränderungen nicht.

Diese Hypothese konnte außer in Bezug auf die fatalistische Kontrollüberzeugung bestätigt werden (**Tabelle 23**). Alle Patientinnen (N=50) steigerten bis zur Entlassung ihre Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und reduzierten die Soziale Externalität (FKK). Betrachtet man Abbrecherinnen (N=19) und Erfolgreiche (N=31) getrennt, so zeigt sich, dass nur die Erfolgreichen auf diesen Ebenen von der Behandlung profitierten. Die Soziale Externalität lag für diese Gruppe bei der Entlassung im Normbereich (T=50; 50%), die Selbstwirksamkeitserwartung ebenfalls (T=45; 28%). Die Erfolgreichen zeigten auch eine signifikante Zunahme der Internalität (FKK) bis zur Entlassung. Der Wert für die Internalität bei der Entlassung entsprach damit dem Normwert (T=46; 34%).

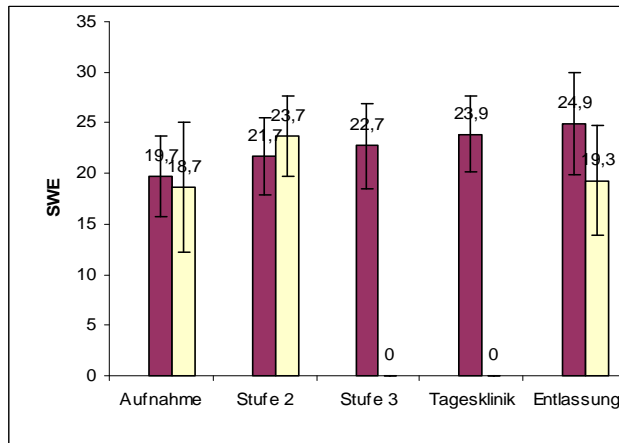
Tabelle 23: Gruppenunterschiede zwischen Erfolgreichen und Therapieabbrecherinnen in der Veränderung der psychischen Ressourcen von der Aufnahme (T0) bis zur Entlassung (T1)

		T0 M ± SD	T1 M ± SD	Wilcoxon Rangtest Z	p
FKK Internalität	Alle	28,1 ± 4,1	28,8 ± 4,1	-1,29	.20
	Erfolgreiche	27,6 ± 4,1	29,8 ± 3,7	-2,87	.004
	Abbrecher	28,7 ± 4,2	27,1 ± 4,3	-1,46	.15
FKK Soziale Externalität	Alle	29,5 ± 5,4	27,5 ± 6,4	-2,42	.015
	Erfolgreiche	28,9 ± 4,0	26,4 ± 6,0	-2,29	.022
	Abbrecher	30,5 ± 7,1	29,4 ± 6,8	-0,95	.34
FKK Fatalistische Externalität	Alle	28,3 ± 5,9	28,7 ± 9,9	-0,29	.77
	Erfolgreiche	27,2 ± 4,7	28,7 ± 12,1	-0,19	.85
	Abbrecher	30,1 ± 7,3	28,8 ± 5,1	-0,69	.49
SWE Selbstwirksamkeit	Alle	21,1 ± 5,9	24,2 ± 6,4	-3,30	.001
	Erfolgreiche	22,7 ± 5,8	27,1 ± 5,2	-3,71	≤.001
	Abbrecher	18,5 ± 5,3	19,5 ± 5,4	-0,54	.59

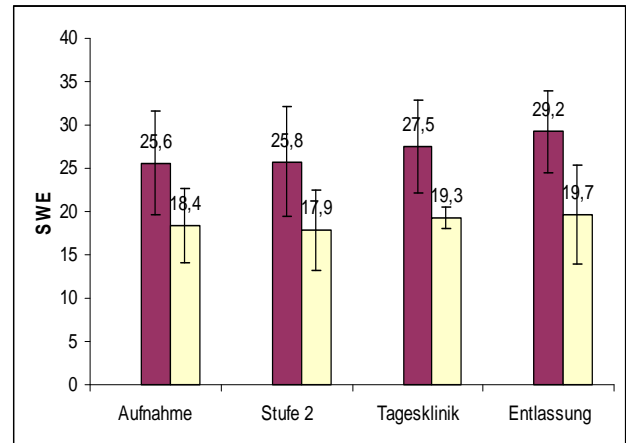
Der Verlauf der Selbstwirksamkeitserwartung über die Behandlungsstufen ist für die beiden Essstörungsgruppen getrennt in der folgenden **Abbildung 2** dargestellt. Die hellen Balken spiegeln jeweils die Werte der Abbrecherinnen wider, die dunklen Balken die der erfolgreichen Patientinnen. Die erfolgreichen Bulimia nervosa-Patientinnen profitieren dabei vor allem in ihrer 2. Behandlungsstufe (gekennzeichnet durch freien Ausgang und Belastungserprobungen am Wochenende) und in der Tagesklinik. Die Anorexia nervosa-Patientinnen zeigen einen kontinuierlichen Anstieg. Man erkennt deutlich, dass die Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen, die die Therapie später abbrechen, bereits bei der Aufnahme eine wesentlich niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung haben als die Erfolgreichen. Überraschend ist der starke Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung in der ersten Behandlungsstufe bei den 4 Anorexia nervosa-Patientinnen, die die Behandlung dann in der zweiten Behandlungsstufe abbrechen.

Abbildung 2: Verlauf der Selbstwirksamkeitserwartung

AN (N=24 Erfolgr., 9 Abbr.)*:



BN (N=16 Erfolgr., 10 Abbr.)*:



* Abgebildet sind die Zeitpunkte, an denen die Patientinnen in die unter dem Balken stehende Stufe gewechselt sind.

AN= Anorexia nervosa; BN= Bulimia nervosa; Erfolgr.= Erfolgreiche; Abbr.= Abbrecherinnen

Dunkle Balken: Erfolgreiche

Helle Balken: Abbrecherinnen

Für die Modellierung des Verlaufs mit einer Multiebenen-Analyse zeigte folgendes Modell die besten Ergebnisse:

$$SWE = b_0 + b_1 \cdot \text{Anzahl der Messzeitpunkte} + b_2 \cdot \text{Anzahl der Messzeitpunkte}^2 + e$$

$$b_0 = g_0 + g_3 \cdot \text{Essstörung} + g_4 \cdot \text{Therapieabbruch} + u_0$$

$$b_1 = g_1 + g_5 \cdot \text{Essstörung} + g_6 \cdot \text{aktuelle Befindlichkeit (Bf-S)} + u_1$$

$$b_2 = g_2 + g_7 \cdot \text{Therapieabbruch} + u_2$$

SWE= Selbstwirksamkeitserwartung

Anzahl der Messzeitpunkte= linearer Term

Anzahl der Messzeitpunkte²= quadratischer Term

e= Varianz innerhalb der Personen

Essstörung: 0= Anorexia nervosa, 1= Bulimia nervosa

Therapieabbruch: 0= kein Abbruch, 1= Therapieabbruch

BF-S= Befindlichkeitsskala

Dazu ergaben sich die folgenden Parameter:

1. Fixed parameters

Label	Estimate	SE	t	p
G0	2.828474	6.776466	0.42	.676
G1	0.622839	0.307632	2.02	.043
G2	-0.979224	0.382428	-2.56	.011
G3	4.244458	2.418776	1.75	.079
G4	-37.883387	10.735809	-3.53	.0004
G5	0.290734	0.541008	0.54	.591
G6	0.004633	0.001174	3.95	.0001
G7	-1.770739	0.614670	-2.88	.004

2. Random parameters

Label	Varianz	SE	t	p
U0*U0	1370.785902	276.299909	4.96	≤.0001
U1*U0	-6.011832	9.588683	-0.63	.531
U1*U1	1.256074	0.504298	2.49	.013
U2*U0	77.365027	15.736077	4.92	≤.0001
U2*U1	-0.527870	0.554732	-0.95	.341
U2*U2	4.534660	0.919680	4.93	≤.0001
E	6.479607	0.508848	12.73	≤.0001

Conditional intra-class correlation = $1370.79 / (6.48 + 1370.79) = 0.9953$

$-2 * \text{Log(L)} = 2690.094817$

Der Ausgangswert (b0) wird nur durch den Unterschied zwischen Therapieabbrechern und Erfolgreichen erklärt und variiert zwischen den einzelnen Personen innerhalb der Gruppen (u0²). Abbrecherinnen haben eine viel niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung zu Behandlungsbeginn als Erfolgreiche (g4). Die Selbstwirksamkeitserwartung zeigt einen linearen Anstieg über die Zeit, d.h. über die Anzahl der Wochen in Therapie (g1). Dieser Anstieg variiert zwischen den Personen (u1²). Eine gedrücktere Stimmung (Bf-S) hängt dabei mit einem geringfügig stärkeren Anstieg zusammen (g6). Der Anstieg der

Selbstwirksamkeitserwartung verläuft negativ beschleunigt (g_2). Die Abbrecherinnen zeigen dabei eine stärkere Abnahme der Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung über die Zeit als die Erfolgreichen (g_7). Auch der quadratische Term weist eine Varianz zwischen den Personen auf (u_2^2). Der Standardfehler des Ausgangswertes und der Standardfehler des quadratischen Anstiegs kovariieren ($u_0 \cdot u_2$), d.h. Personen die einen niedrigeren Ausgangswert haben zeigen auch einen niedrigeren quadratischen Anstieg.

Der Verlauf der Selbstwirksamkeitserwartung variiert innerhalb der Personen (e). Die Art der Essstörung war kein Prädiktor für den Verlauf der Selbstwirksamkeitserwartung.

Zusammenfassend steigt die Selbstwirksamkeitserwartung über die Behandlung an. Der Anstieg ist zu Beginn stärker als gegen Ende der Behandlung. Der Ausgangswert und der Verlauf der Selbstwirksamkeitserwartung sind vor allem durch den Therapieabbruch bestimmt. Spätere Therapieabbrecherinnen haben eine niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Therapie und zeigen auch eine immer geringere Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung über die Zeit. Die Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung verläuft dabei für jede Person variabel, d.h. die Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung von einer Woche zu anderen kann innerhalb einer Person sehr unterschiedlich sein.

3.3.3 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Stärke der Veränderung der Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartung und der Stärke der Veränderung der Essstörungssymptomatik und der Lebensqualität?

Hypothese 4.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und der internalen Kontrollüberzeugung (FKK) und der Abnahme der Essstörungssymptomatik (SEED, EDI-2).

Hypothese 4.2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Zunahme der

Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und der internalen Kontrollüberzeugung (FKK) und der Zunahme der psychischen Lebensqualität (SF-12).

Beide Hypothesen konnten bestätigt werden. Wie die nachfolgende **Tabelle 24** zeigt, gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und der Internalität (FKK) und der Abnahme der Essstörungspathologie (EDI-2, SEED AN) bzw. der Zunahme der Psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12) von der Aufnahme bis zur Entlassung. Auch eine Verringerung der Sozialen Externalität (FKK) hing stark mit einer Abnahme der Essstörungspathologie und einer Zunahme der Psychischen Lebensqualität zusammen. Nur die Veränderung der bulimischen Symptomatik (SEED) zeigte keinen Zusammenhang zur Veränderung der psychischen Ressourcen. Aus Gründen der Vereinfachung wurde in dieser Analyse der Gesamtwert des EDI-2 verwendet. Eine differentielle Interpretation der vorliegenden Ergebnisse ist dadurch nicht möglich.

Tabelle 24: Zusammenhang zwischen der Veränderung der psychischen Ressourcen und der Veränderung der Essstörungssymptomatik und Lebensqualität über die Therapie

	1	2	3	4	5	6	7
1) Zunahme SWE T0 bis T1	1						
2) Veränderung FKK Internalität von T0 bis T1	,43**	1					
3) Veränderung FKK Soziale Externalität von T0 bis T1	-,43**	-,33*	1				
4) Veränderung Gesamtwert EDI-2 von T0 bis T1	-,59**	-,40**	,64**	1			
5) Veränderung SEED AN von T0 bis T1	-,52**	-,38**	,13	,47**	1		
6) Veränderung SEED BN von T0 bis T1	-,16	-,15	,27	,57**	,13	1	
7) Veränderung SF-12 Körperliche LQ von T0 bis T1	,29	,41**	-,10	-,22	-,43**	,08	1
8) Veränderung SF-12 Psychische LQ von T0 bis T1	,46**	,43**	-,43**	-,67**	-,33**	-,45**	,29

N = 43 bis N = 50; Korrelationen nach Pearson; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

3.3.4 Sagt die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Behandlung das Ausmaß und die Richtung der Veränderung der Essstörungssymptomatik und der Lebensqualität bis zum Behandlungsende voraus?

Hypothese 5.1: Die Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung (FKK) und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) zu Beginn der Therapie kann das Ausmaß der Essstörungssymptomatik (SEED, EDI-2) am Ende der Therapie voraussagen.

Da die soziale Externalität (FKK) einen hohen signifikanten Zusammenhang zur Essstörungspathologie (EDI-2) zeigte, wurde sie als Prädiktor mit aufgenommen.

9,3% der Varianz des Schweregrades der **anorektischen** Symptomatik (SEED-AN) konnten erklärt werden ($F(3, 47) = 2,61$; $p = .063$) (**Tabelle 25**). Signifikante Prädiktoren waren dabei die soziale Externalität und die Selbstwirksamkeitserwartung. Je stärker die soziale Externalität und die Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Behandlung ausgeprägt waren, desto geringer war die anorektische Symptomatik bei der Entlassung.

Tabelle 25: Lineare Regression zur Prädiktion des Schweregrads der anorektischen Symptomatik bei der Entlassung (SEED-AN) durch die Ausprägung der psychische Ressourcen bei der Aufnahme

	Standardisiertes beta	<i>t</i>	<i>p</i>
T0 Internalität (FKK)	.06	0,41	.685
T0 Soziale Externalität (FKK)	-.31	-2,06	.045
T0 Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	-.40	-2,47	.017

Der Schweregrad der **bulimischen** Symptomatik (SEED-BN) bei der Entlassung konnte nicht durch die eingegebenen Prädiktoren erklärt werden.

19,1% der Varianz der **Essstörungspathologie** (EDI-2) konnten erklärt werden ($F(3, 48) = 4,78$; $p = .006$) (**Tabelle 26**). Der einzige signifikante Prädiktor war die soziale Externalität. Je höher die soziale Externalität bei der Aufnahme, desto höher ist die Essstörungspathologie bei der Entlassung.

Tabelle 26: Lineare Regression zur Prädiktion des Schweregrads der Essstörungspathologie bei der Entlassung (EDI-2) durch die Ausprägung der psychische Ressourcen bei der Aufnahme

	Standardisiertes beta	<i>t</i>	<i>p</i>
T0 Internalität (FKK)	.14	1,05	.301
T0 Soziale Externalität (FKK)	.41	2,86	.006
T0 Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	-.17	-1,15	.256

Hypothese 5.2: Die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen (FKK) und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) zu Beginn der Therapie kann das Ausmaß der psychischen Lebensqualität (SF-12) am Ende der Therapie voraussagen.

11,4% der Varianz der psychischen Lebensqualität konnten durch die eingegebenen Prädiktoren erklärt werden ($F(4, 46) = 2,48$; $p = .058$) (**Tabelle 27**). Der einzige signifikante Prädiktor war die Selbstwirksamkeitserwartung. Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung bei der Aufnahme in die stationäre Behandlung, desto höher die psychische Lebensqualität bei der Entlassung.

Tabelle 27: Lineare Regression zur Prädiktion der Ausprägung der psychischen Lebensqualität bei der Entlassung (SF-12) durch die Ausprägung der psychische Ressourcen bei der Aufnahme

	Standardisiertes beta	<i>t</i>	<i>p</i>
T0 Internalität (FKK)	-.20	-1,34	.187
T0 Soziale Externalität (FKK)	-.10	-0,55	.583
T0 Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	.41	2,58	.014
T0 Fatalistische Externalität (FKK)	-.004	-0,03	.978

4 Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die berichteten Ergebnisse vor dem Hintergrund der Literatur diskutiert. Es werden außerdem Begrenzungen der vorliegenden Studie erörtert und ein Ausblick auf weitere Studienmöglichkeiten gegeben.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Es wird zunächst auf die untersuchte Stichprobe eingegangen. Daraufhin werden die Ergebnisse zu den einzelnen Fragestellungen diskutiert.

4.1.1 Die Stichprobe

Im Erhebungszeitraum wurden 116 Patientinnen auf die Station für Essstörungen aufgenommen. 17% (N=20) erfüllten die Einschlusskriterien nicht und wurden von der Studie ausgeschlossen. 28% der verbleibenden Patientinnen stimmten einer Teilnahme an der Studie nicht zu, so dass schließlich 72% (N=69) der in Frage kommenden Patientinnen an der Studie teilnahmen.

Studienabbrecherinnen

27% (N=19) der teilnehmenden Patientinnen brachen die Studienteilnahme ab, das heißt sie nahmen nicht bis zu ihrer Entlassung an der Studie teil. Ein Grossteil dieser Patientinnen (79%) brach auch die Therapie vorzeitig ab und hatte eine kürzere Behandlungsdauer als die Studienteilnehmerinnen, so dass hier eventuell eine Vorselektion stattfand, die die Studienergebnisse beeinflussen könnte. Die Richtung dieses Einflusses ist unklar. Es könnte einerseits eine Selektion eher gesünderer Patientinnen zur Studienteilnahme stattgefunden haben, wenn man davon ausgeht, dass kränkere Patientinnen eher die Behandlung abbrechen. In der vorliegenden Studie fand sich kein Hinweis darauf, dass die Therapieabbrecherinnen eine stärkere Essstörungssymptomatik aufweisen.

Andererseits könnte auch eine Selektion kränkerer Patientinnen stattgefunden haben, wenn man bedenkt, dass gesündere Patientinnen schneller von der Behandlung profitieren und dann andere Belange in den Vordergrund rücken, die zu einem Therapieabbruch führen. Auch darauf zeigte die vorliegende Studie beim Vergleich der Therapieabbrecherinnen mit den Erfolgreichen keine Hinweise. Beide Einflussrichtungen sind möglich, zumal die Gründe für einen Therapieabbruch in der vorliegenden Studie sehr unterschiedlich waren. Die Studienabbrecherinnen waren häufiger krank geschrieben oder nicht erwerbstätig als die weiterhin teilnehmenden Patientinnen. Auf Grund der kleinen Stichprobengröße wurden beim Vergleich der Studienabbrecherinnen und der weiter teilnehmenden Patientinnen nur große Unterschiede statistisch signifikant. Deskriptiv lassen sich weitere Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen. Die Abbrecherinnen sind eher jünger und haben einen niedrigeren Schulabschluss. Sie weisen außerdem eine geringere Essstörungssymptomatik und eine kürzere Krankheitsdauer auf. Dies würde eher für eine Selektion kränkerer Patientinnen für die Studienteilnahme sprechen. Ihre körperliche Lebensqualität sowie die Selbstwirksamkeitserwartung und die soziale externale Kontrollüberzeugung sind geringer ausgeprägt als bei den weiter teilnehmenden Patientinnen.

Eventuell handelt es sich bei den Studienabbrecherinnen um eine Gruppe von Patientinnen mit eher geringerer Therapie- und Veränderungsmotivation, denen die Einsicht in ihre Krankheit noch fehlt bzw. die nicht der Überzeugung sind, dass ihre Probleme von ihnen oder wichtigen anderen beeinflusst werden können.

Gesamtstichprobe

Die Gesamtstichprobe der teilnehmenden Patientinnen zeigte eine vergleichbare Essstörungssymptomatik wie untersuchte Essstörungs-Gruppen in anderen Studien, aber eine wesentlich stärkere Symptomatik als Normpopulationen (Bauer

et al., 2005; Thiel et al., 1997). Die psychische und körperliche Lebensqualität waren im Vergleich zu Normstichproben ebenfalls stark reduziert. Dies steht in Übereinstimmung mit anderen Studien, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patientinnen mit Essstörungen untersuchten (de la Rie et al., 2005; Padierna et al., 2000). In Bezug auf die psychischen Ressourcen zeigten sich in der untersuchten Gruppe eine wesentlich geringere Selbstwirksamkeitserwartung und eine etwas geringere interne Kontrollüberzeugung, sowie eine etwas höhere sozial externe Kontrollüberzeugung als in Normstichproben. Diese Befunde stehen in Übereinstimmung mit anderen Studien (Dalglish et al., 2001; Horesh et al., 2000; Neudeck et al., 2001). Die Skala interne Kontrollüberzeugung ist auf Grund ihrer geringen internen Konsistenz in der vorliegenden Stichprobe allerdings nur schwer zu interpretieren.

Anorexia nervosa- versus Bulimia nervosa-Patientinnen

Die beiden untersuchten Essstörungsgruppen Anorexia nervosa (N=24) und Bulimia nervosa (N=26) unterschieden sich in einigen Variablen. Erwartungsgemäß zeigten die Anorexia nervosa-Patientinnen eine stärkere anorektische und geringere bulimische Symptomatik sowie eine schlechtere körperliche Lebensqualität als die Bulimia nervosa-Patientinnen. Die Anorexia nervosa-Patientinnen waren im Durchschnitt älter und häufiger krank geschrieben und Teilzeit oder nicht erwerbstätig als die Bulimia nervosa-Patientinnen. In Übereinstimmung mit den Ergebnisse von Thiel et al. (1997) zeigten die Bulimia nervosa-Patientinnen eine größere Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und ein stärkeres Schlankheitsstreben als die Anorexia nervosa-Patientinnen. Auf der anderen Seite wiesen sie eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung auf. In Bezug auf die Kontrollüberzeugungen fanden sich keine Unterschiede zwischen den

beiden Gruppen. Andere Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität fanden keinen Unterschied zwischen Anorexia und Bulimia nervosa-Patientinnen (de la Rie et al., 2005; Padierna et al., 2000). In der Studie von Padierna et al. (2000) wurden allerdings ambulante Patientinnen untersucht, die mit der vorliegenden Stichprobe nur begrenzt vergleichbar sind. In der Studie von de la Rie et al. (2005) wurden nur die Subskalen des SF-36 ausgewertet, so dass auch hier die Vergleichbarkeit zur vorliegenden Studie eingeschränkt ist.

Abbrecherinnen versus Erfolgreiche

Die erfolgreichen Patientinnen, die die Therapie bis zum Ende führten, hatten eine höhere Schulbildung als die Abbrecherinnen, die die Therapie vorzeitig beendeten. Sie hatten außerdem mehr ambulante Therapien in der Vorgeschichte und weniger komorbide Störungen. Darüber hinaus zeigten die Erfolgreichen eine geringere Impulsregulation und eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung als die Abbrecherinnen. Dieser Gruppenunterschied liefert einen ersten Hinweis darauf, dass die Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der stationären Behandlung ein wichtiger Prädiktor für einen späteren Therapieabbruch sein kann. Peak et al. (2005) fanden übereinstimmend mit unseren Ergebnissen eine geringere Impulsregulation bei Anorexia nervosa-Patientinnen die die Behandlung vorzeitig abbrachen. In der Studie von Zeek et al. (2005) waren vorausgegangene stationäre Behandlungen ein Faktor, der vor einem Therapieabbruch schützte.

4.1.2 Die Ergebnisse zu den Fragestellungen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Fragestellungen (Hypothesen 2.1 bis 5.2) vor dem Hintergrund der Forschungsliteratur diskutiert.

Hängt die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung bei Aufnahme in die stationäre Behandlung mit der Dauer der Essstörung und der Ausprägung der Essstörungssymptomatik zusammen?

Für die internale Kontrollüberzeugung konnte kein Modell gefunden werden. Eventuell ist dies auf die fehlende interne Konsistenz der Skala zurück zu führen.

60% der Varianz der sozial externalen Kontrollüberzeugung zu Behandlungsbeginn konnten durch eine höhere Ineffektivität, einen höheren Perfektionismus und eine geringere anorektische Symptomatik erklärt werden. Dies könnte folgendermaßen erklärt werden: Das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit und der Glaube, dass andere nur Bestleistungen von einem erwarten führt zu einer stärkeren Orientierung an anderen Personen. Ist dies mit einer stärker ausgeprägten anorektischen Symptomatik gepaart, kann es hingegen zu einer stärkeren Abschottung gegenüber anderen und einer Verleugnung der Wichtigkeit anderer Personen kommen. Andererseits kann eine mit Unsicherheit gepaarte Außenorientierung auch dazu führen, dass die anorektische Symptomatik, die ja im Gegensatz zur bulimischen sehr offensichtlich ist, stärker durch andere beeinflusst wird und nicht zu stark wird.

Die Varianz der fatalistisch externalen Kontrollüberzeugung wurde zu 45% aufgeklärt. Die fatalistisch externe Kontrollüberzeugung war größer, wenn die interozeptive Wahrnehmung und die Essstörungssymptomatik geringer waren, die Ineffektivität aber erhöht. Die fehlende interozeptive Wahrnehmung und das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit scheinen dabei die Überzeugung zu verstärken, wichtige Dinge seien vom Zufall oder Schicksal abhängig. Hier könnte eine erhöhte Selbstunsicherheit bzw. ein geringes Kontrollerleben dahinter stehen. Eventuell erleben die Patientinnen dabei eine geringere Essstörungssymptomatik

auch als eine Art Kontrollverlust, z.B. wenn sie es nicht schaffen, ein niedriges Gewicht zu halten oder häufiger Sport zu machen. Insgesamt lag die fatalistische Kontrollüberzeugung in der untersuchten Gruppe allerdings im Normalbereich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Überzeugung, dass wichtige Dinge im Leben von Außen abhängen, mit einem stärkeren Gefühl der eigenen Ineffektivität und einer weniger starken Essstörungssymptomatik einhergeht. Eventuell führt eine stärkere Essstörungssymptomatik zu einer Verleugnung von äußeren Einflüssen.

33% der Varianz der Selbstwirksamkeitserwartung konnten durch zwei Faktoren erklärt werden. Eine geringere soziale Unsicherheit und eine stärkere bulimische Symptomatik gingen dabei mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung einher. Je entspannter und lohnenswerter jemand soziale Beziehungen erlebt, desto eher hat er das Gefühl, seine Ziele mit seinem eigenen Verhalten erreichen zu können. Oder andersherum formuliert: wenn man erwartet, dass man die Kompetenz zur Erreichung seiner Ziele hat, werden Beziehungen zu anderen Personen als weniger bedrohlich erlebt. Den Zusammenhang der höheren bulimischen Symptomatik mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung kann damit erklärt werden, dass in der vorliegenden Studie die Bulimikerinnen im Gegensatz zu den Anorexia nervosa-Patientinnen eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufwiesen. Eventuell ist eine stärkere bulimische Symptomatik bei Essstörungs-Patientinnen am Beginn ihrer Behandlung aber auch mit dem Eindruck verbunden, dass das gegenregulatorische Verhalten das selbstständige Erreichen ihres Ziels (schlank sein) möglich macht. So dass ein stärkeres Durchhalten dieses Verhaltens die Selbstwirksamkeitserwartung erhöht.

Die Dauer der Essstörung war in keinem der vorliegenden Modelle ein signifikanter Prädiktor.

Die Varianzaufklärung der untersuchten Modelle ist nach Cohen et al. (2003) als sehr groß zu bezeichnen.

Wie verändern sich die Selbstwirksamkeitserwartung, die Kontrollüberzeugungen und die Essstörungssymptomatik von der Aufnahme bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung?

Die Essstörungssymptomatik nahm von der Aufnahme bis zur Entlassung in allen Bereichen außer der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ab. In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen zur Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper konnten Benninghoven et al. (2006) und Sack et al. (2002) zeigen, dass sich das Körperbild von stationär behandelten Anorexia nervosa-Patientinnen im Gegensatz zu den untersuchten Bulimia nervosa-Patientinnen bis zum Ende der stationären Behandlung nicht verändert. In der vorliegenden Studie wurde nicht zwischen beiden Gruppen unterschieden und das Körperbild nur mit einer einzigen Skala erfasst, so dass hier keine differenzierteren oder gruppenbezogenen Aussagen gemacht werden können.

Die Patientinnen wiesen bei der Entlassung eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung und geringere sozial externe Kontrollüberzeugung auf als zu Beginn der Behandlung. Die Größe und Richtung der Veränderung war dabei bei den Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen gleich. Es zeigte sich allerdings, dass nur die erfolgreichen Patientinnen in Bezug auf die psychischen Ressourcen von der Behandlung profitierten, während sich die Abbrecherinnen nicht veränderten. Die Erfolgreichen wiesen bei der Entlassung auch eine höhere interne Kontrollüberzeugung auf. Sie erreichten damit bei der Entlassung den Normbereich für die Selbstwirksamkeitserwartung, die interne und sozial

externe Kontrollüberzeugung. Schneider et al. (1987) und Pinto et al. (2008) fanden in ihren Studien ebenfalls einen Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung über die Behandlung hinweg bei Anorexia und Bulimia nervosa-Patientinnen.

Die Ergebnisse der Multiebenen-Analyse zum Verlauf der Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung während der Behandlung zeigten folgendes: Der Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung ist zu Beginn der Behandlung stärker als gegen Ende. Die Patientinnen profitieren also besonders von den ersten Behandlungswochen und können ihr Erreichtes dann stabilisieren. Spätere Therapieabbrecherinnen haben eine niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Therapie und zeigen auch eine immer geringere Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung über die Zeit. Dieses Ergebnis gibt einen weiteren Hinweis darauf, dass eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung einen Prädiktor für einen Behandlungsabbruch darstellen kann. Die Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung verläuft dabei für jede Person variabel, d.h. die Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung von einer Woche zu anderen kann innerhalb einer Person sehr unterschiedlich sein. Der Typ der Essstörung (Anorexie oder Bulimie) hatte keinen Einfluss auf den Verlauf.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Stärke der Veränderung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung und der Stärke der Veränderung der Essstörungssymptomatik und der Lebensqualität?

Es zeigten sich Zusammenhänge zwischen der Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung und der sozial externen Kontrollüberzeugung auf der einen Seite und der Veränderung der Essstörungspathologie, der anorektischen Symptomatik und der psychischen Lebensqualität auf der anderen Seite.

Eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung hing mit einer Abnahme der allgemeinen Essstörungspathologie sowie der anorektischen Symptomatik und einer Zunahme der psychischen Lebensqualität zusammen. Bei Pinto et al. (2008) war in Übereinstimmung mit unseren Befunden eine höhere essstörungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung bei Therapiebeginn mit einer besseren Prognose für die Therapie verbunden.

Eine Verringerung der sozial externalen Kontrollüberzeugung ging mit einer Abnahme der allgemeinen Essstörungspathologie und einer Zunahme der psychischen Lebensqualität einher.

Es fand sich kein Zusammenhang zwischen der Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Kontrollüberzeugungen und der Veränderung der bulimischen Symptomatik oder der körperlichen Lebensqualität. Im Gegensatz dazu fanden Schneider et al. (1987) in einer Gruppe ambulant behandelter Bulimia nervosa-Patientinnen einen Zusammenhang zwischen der Zunahme der auf die bulimische Symptomatik bezogenen Selbstwirksamkeitserwartung und einer Abnahme der Rate des Erbrechens. Dies ist eventuell auf die spezifischere Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung und die Unterschiede in den untersuchten Gruppen (ambulante Behandlung, keine Anorexia nervosa-Patientinnen) zurück zu führen.

Sagt die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und der Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Behandlung das Ausmaß und die Richtung der Veränderung der Essstörungssymptomatik und der psychischen Lebensqualität bis zum Behandlungsende voraus?

Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung und die sozial externe Kontrollüberzeugung zu Behandlungsbeginn, desto geringer war die anorektische

Symptomatik bei der Entlassung. Die Varianzaufklärung war dabei mit 9,3% klein bis mittelmäßig (Cohen et al., 2003). Wie schon oben überlegt, könnte gerade in Bezug auf die anorektische Symptomatik eine stärkere Außenorientierung besonders zu Beginn der Behandlung einen schützenden Faktor darstellen, indem sie die Compliance verstärkt. Sie könnte zum Beispiel den anorektischen Patientinnen dabei helfen, ihr Essverhalten auch ohne ein eigenes Hunger- und Sättigungsgefühl durch Modelle oder Richtlinien langsam zu normalisieren. Im Behandlungsverlauf sollte die Außenorientierung dann immer mehr nachlassen.

Bei der allgemeinen Essstörungspathologie zeigte sich ein umgekehrtes Bild. Die Essstörungspathologie bei der Entlassung war stärker, wenn die sozial externe Kontrollüberzeugung bei der Aufnahme höher war. Da der Gesamtwert des EDI-2 inhaltlich nicht sinnvoll zu interpretieren ist, sind weitere Analysen der Subskalen nötig, um die widersprüchlichen Befunde richtig einordnen zu können. Eventuell stehen hier besonders die Faktoren eine Rolle, die sich nicht direkt auf die Essstörungssymptomatik beziehen, also z.B. Perfektionismus, Ineffektivität, Angst vor dem Erwachsenwerden, Misstrauen gegenüber anderen, soziale Unsicherheit und interozeptive Wahrnehmung. Die Patientinnen profitieren dann insgesamt von einer Abnahme der sozial externalen Kontrollüberzeugung. Ist diese aber zu Beginn der Behandlung sehr ausgeprägt, so dass die Patientinnen sehr compliant sind, kann das eventuell eine Entwicklung in den angesprochenen Bereichen erschweren.

Wie nach den Analysen zum Zusammenhang zwischen den Faktoren zu erwarten war, konnte die bulimische Symptomatik bei der Entlassung nicht durch die psychischen Ressourcen bei der Aufnahme erklärt werden.

Eine höhere Ausprägung der psychischen Lebensqualität bei der Entlassung konnte durch eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung bei der Aufnahme erklärt werden. In Übereinstimmung damit fanden Fliege et al. (2002) bei einer Gruppe

psychosomatischer Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen, dass eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Behandlung eine bessere psychische Lebensqualität und eine höhere Lebenszufriedenheit ein Jahr nach der Behandlung vorhersagen konnte.

4.2 Kritik an der vorgestellten Studie

Die vorliegende Studie weist einige Stärken auf. Die Fragestellung hat eine hohe Relevanz für die Therapie und für weitere Forschung im Bereich Essstörungen. Eine vergleichbare Studie wurde bisher nicht durchgeführt. Die Studienmethode, d.h. das prospektive Design und die Auswahl qualifizierter Messinstrumente, und die hypothesengeleitete Auswertung mit speziellen Statistikverfahren (Multilevel-Analyse) führen zu einer sehr hohen Qualität der Studie.

Neben diesen Stärken gibt es allerdings Einschränkungen, die zu beachten sind.

Ein Hauptkritikpunkt an der vorliegenden Studie ist die kleine Stichprobe, vor allem in den Analysen der Untergruppen. Dies führt dazu, dass nur große Effekte signifikant werden und kleinere Unterschiede untergehen. Gerade für die Regressionsanalysen wären größere Stichproben auch aus statistischer Sicht wünschenswert. In der vorliegenden Untersuchung war die Erreichung einer größeren Stichprobe aus zeitökonomischen Gründen leider nicht möglich. Im Vergleich zu anderen Studien, die Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugungen bei Anorexia oder Bulimia nervosa untersuchten, ist die Stichprobengröße der vorliegenden allerdings als groß zu bezeichnen (Vergleich mit Dalglish et al., 2001; Horesh et al., 2000; Schneider et al., 1987; White & Litovitz, 1998; Peterson et al., 2007).

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass durch die kleine Stichprobengröße eventuelle Unterschiede zwischen Studienabbrecherinnen und weiter teilnehmenden

Patientinnen nicht entdeckt werden können. Es ist demzufolge nicht klar, ob hier eine Selektion einer besonders therapie- und veränderungsmotivierten Gruppe stattgefunden hat. Die in die Studie eingegangenen Patientinnen entsprachen allerdings in ihrer Essstörungssymptomatik und ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität anderen Patientengruppen mit Essstörungen, so dass ein Selektionseffekt eher unwahrscheinlich ist.

Auch die schlechten internen Konsistenzen der Skala interne Kontrollüberzeugung des FKK und der Skala Askese des EDI-2 stellen ein Problem dar, da sie die Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf diese Skalen erschweren. Dieses wurde in der Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt.

4.3 Ausblick

Die vorliegende Studie zeigt eindrücklich, wie wichtig die Berücksichtigung von psychischen Ressourcen, besonders der Selbstwirksamkeitserwartung, für die Therapie von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa ist.

Für **weitere Studien** ergeben sich folgende Vorschläge:

Die vorliegenden Ergebnisse sollten an größeren Gruppen überprüft werden. Es sollten dann auch die Unterskalen des EDI-2 regressionsanalytisch untersucht werden, so dass die hier aufgeworfenen widersprüchlichen Befunde differenzierter interpretiert werden können.

Die Selbstwirksamkeitserwartung sollte auf ihre Prädiktionskraft für einen Therapieabbruch hin untersucht werden.

Des Weiteren wäre ein Vergleich von symptombezogener und allgemeiner Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung innerhalb einer Studie interessant. Nur so kann überprüft werden, ob die unterschiedliche Erfassung zu unterschiedlichen Ergebnissen führt.

Für die **Therapie** ergeben sich folgende Hinweise:

Patientinnen, die schon zu Beginn der stationären Therapie eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen, sollten falls möglich zunächst eine Selbstwirksamkeits-steigernde Intervention erhalten, zum Beispiel ein Training sozialer Kompetenzen oder ähnliches. Die Therapieziele sollten gerade zu Beginn der Behandlung so angepasst werden, dass die Patientinnen sie gut durch das ihnen zur Verfügung stehende Verhaltensrepertoire erreichen können und dadurch eine Erhöhung ihrer Selbstwirksamkeitserwartung erleben. In der Therapie sollte insgesamt stark Ressourcen-fördernd gearbeitet werden.

5 Zusammenfassung

Anorexia (AN) und Bulimia nervosa (BN) sind sehr ernstzunehmende psychische Erkrankungen. Das Gelingen einer stationären Behandlung setzt von Seiten der Patientinnen eine ausreichende Therapiemotivation voraus sowie die Erwartung, durch eigenes Verhalten eine Verbesserung der Symptomatik und des Wohlbefindens erreichen zu können. Dies beinhaltet zum einen die Überzeugung, dass wichtige Dinge im eigenen Leben durch eigenes Verhalten beeinflussbar sind (internale Kontrollüberzeugung; KÜ) und nicht von anderen Personen oder dem Schicksal, Glück oder Zufall abhängen (soziale bzw. fatalistische externe KÜ). Und zum anderen die Erwartung, dass man das Verhalten, dass zu einem subjektiv wichtigen Ergebnis führt, erfolgreich ausführen kann (Selbstwirksamkeitserwartung, SWE).

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie in einem prospektiven Design den Verlauf und die Zusammenhänge von Essstörungssymptomatik, Lebensqualität, KÜ und SWE bei 26 BN und 24 AN-Patientinnen über ihre stationäre Behandlung.

Die Patientinnen glichen bei Aufnahme in ihrer Essstörungssymptomatik und Lebensqualität Essstörungsgruppen aus anderen Studien. Im Vergleich zu Normpopulationen waren die internale KÜ und die SWE geringer, während die sozial externe KÜ etwas höher war. Die Essstörungssymptomatik nahm von der Aufnahme bis zur Entlassung ab. Eine Zunahme der SWE und eine Verringerung der sozial externen KÜ über die Behandlung hingen mit einer Abnahme der Essstörungspathologie und einer Zunahme der psychischen Lebensqualität zusammen. Patientinnen, die die Behandlung vollständig durchliefen erreichten bei der Entlassung den Normbereich für die SWE, die internale und sozial externe KÜ. Die Multi-level-Analyse zum Verlauf der SWE während der Behandlung zeigte, dass die Patientinnen besonders von den ersten Behandlungswochen profitieren und ihr Erreichtes dann stabilisieren können. Therapieabbrecherinnen haben eine niedrigere SWE zu Beginn der Therapie und zeigen auch eine immer geringere Zunahme der SWE über die Zeit. Die Zunahme der SWE von einer Woche zu anderen kann innerhalb einer Person sehr unterschiedlich sein. Der Typ der Essstörung hatte keinen Einfluss.

6 Literaturverzeichnis

1. Ajzen I. (1991):
The theory of planned behavior.
Organ. Behav. Hum. Decis. Process. 50, 179-211.
2. Ajzen I. (2002):
Perceived behavior control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior.
J. Appl. Soc. Psychol. 32, 665-683.
3. American Psychiatric Association (APA) (1994):
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition) (DSM-IV).
Washington D.C.: APA.
4. American Psychiatric Association (APA) (2000):
Practice Guidelines for the treatment of patients with eating disorders (Revision).
Am. J. Psychiatry. 157, 1-39, Supplement.
5. American Psychiatric Association (APA) (2006):
Practice Guidelines for the treatment of patients with eating disorders (3. edition).
Online: www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm
6. Bandura, A. (1997):
Self-Efficacy. The Exercise of Control.
W.H. Freeman and Company, New York.
7. Bandura, A., Cervone, D. (1983):
Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems.
J. Pers. Soc. Psychol. 45, 1017-1028.
8. Bandura, A., Cervone, D. (1986):
Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation.
Organ. Behav. Hum. Decis. Process. 38, 92-113.
9. Baran, S.A, Weltzin, T.E., Kaye, W.H. (1995):
Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa.
Am. J. Psychiatry 152, 1070-1072.
10. Bastine, R., Fiedler, P., Kommer, D. (1989):
Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozessforschung.
Z. Klin. Psychol. 18, 3-22.

11. Bauer, S., Winn, S., Schmidt, U., Kordy, H. (2005):
Construction, Scoring and Validation of the Short Evaluation of Eating Disorders (SEED).
Eur. Eat. Disord. Rev. 13, 191-200.

12. Bean, P., Loomis, C.C., Timmel, P., Hallinan, P., Moore, S., Mammel, J., Weltzin, T. (2004):
Outcome variables for anorexic males and females one year after discharge from residential treatment.
J. Add. Dis. 23, 83-94.

13. Behandlungsteam der Station für Essstörungen, Senf, W. (2004):
Stationäre Psychotherapie bei Magersucht als Behandlungsepisode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans.
Psychotherapie im Dialog 1, 1-12.

14. Benninghoven, D., Jürgens, E., Mohr, A., Heberlein, I., Kunzendorf, S., Jantschek, G. (2006):
Different changes of body-images in patients with anorexia or bulimia nervosa during inpatient psychosomatic treatment.
Eur. Eat. Dis. Rev. 14, 88-96.

15. Berman, E.S. (2006):
The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample.
Eat. Beh. 7, 79-90.

16. Berkman, N.D., Lohr, K.N., Bulik, C.M. (2007):
Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature.
Int. J. Eat. Disord. 40, 293-309.

17. Birmingham, C.L., Su, J., Hlynsky, J.A., Goldner, E.M., Gao, M. (2005):
The mortality rate from anorexia nervosa.
Int. J. Eat. Disord. 38, 143-146.

18. Blinder, B.J., Cumella, E.J., Sanathara, V.A. (2006):
Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders.
Psychosom. Med. 68, 454-462.

19. Bouffard, T., Bouchard, M., Goulet, G., Denoncourt, I., Couture N. (2005):
Influence of achievement goals and self-efficacy on students' self-regulation and performance.
Int. J. Psychol. 40, 373-384.

20. Bulik, C.M., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.A., Lohr, K.N. (2007):

Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials.
Int. J. Eat. Disord. 40, 310-320.

21. Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998):
Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF- 36).
Göttingen: Hogrefe.

22. Busing, F.M.T.A., Meijer, E., van der Leeden, R. (2005):
MLA. Software for MultiLevel Analysis of data with two levels.
Univeriteit Leiden.

23. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. (2003):
Applied multiple regression/ correlation analysis for the behavioral sciences, 3rd edn.
New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. page 93

24. Collings, S., King, M. (1994):
Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa.
Br. J. Psychiatry 164, 80-87.

25. Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., Jick, H. (2005):
Time trends in eating disorder incidence.
Br. J. Psychiatry 186, 132-135.

26. Dalglish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., de Silva, P., Treasure, J. (2001).
Perceived control over events in the world in patients with eating disorders: a preliminary study.
Pers. Individ. Dif. 31, 453-460.

27. Dansky, B.S., Brewerton, T.D., Kilpatrick, D.G., O'Neil, P.M. (1997):
The National Women's Study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa.
Int. J. Eat. Disord. 21, 213-228.

28. de la Rie, S.M., Noordenbos, G., van Furth, E.F. (2005):
Quality of life and eating disorders.
Qual. Life Res., 14, 1511-1522.

29. Dilling, H., Mombour, W. und Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991):
Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F),
Klinisch Diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation.
Bern: Huber.

30. Dohnke, B., Müller-Fahrnow, W., Knäuper, B. (2006):
Der Einfluss von Ergebnis- und Selbstwirksamkeitserwartungen auf die Ergebnisse einer

Rehabilitation nach Hüftgelenkersatz.

Z. Gesundheitspsychologie 14, 11-20.

31. Ekeröth, K., Engström, I., Hägglöf, B., Broberg, A.G. (2003):

Self-reported competencies and problems among Swedish girls and a control sample, using the Youth Self-Report.

Eat. Weight Disord. 8, 274-281.

32. Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P., O'Connor, M. (2000):

The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women.

Arch. Gen. Psychiatry 57, 659-665.

33. Fichter, M.M., Quadflieg, N. (2004):

Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa.

Psych. Med. 34, 1395-1406.

34. Fisseni, H.-J. (1997):

Lehrbuch der psychologischen Diagnostik (Textbook of psychological diagnostic), 2nd edn, p. 124.

Göttingen: Hogrefe.

35. Fliege, H., Rose, M., Bronner, E., Klapp, B.F. (2002):

Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie.

Psychother. Psych. Med. 52, 47-55.

36. Foreyt, J.P., Brunner, R.L., Goodrick, G.K., Cutter, G., Brownell, K.D., Jeor, S.T.St. (1995):

Psychological correlates of weight fluctuation.

Int. J. Eat. Disord. 17, 263-275.

37. Garcia, K., Mann, T. (2003):

From 'I wish' to 'I will': Social-cognitive predictors of behavioral intentions.

J. Health Psychol. 8, 347-360.

38. Garner, D.M., Olmstead, M.P., Bohr, Y., Garfinkel, P.E. (1982):

The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates.

Psych. Med. 12, 871-878.

39. Garner, D.M., Olmstedt, M.P., Polivy, J. (1984):

The Eating Disorders Inventory manual.

Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

40. Garner, D.M. (1991):

Eating Disorder Inventory-2 manual.

Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

41. Goodrick, G.K., Pendleton, V.R., Kimball, K.T., Poston, W.S.C., Reeves, R.S., Foreyt, J.P. (1999):

Binge Eating Severity, Self Concept, Dieting Self-Efficacy and Social Support during Treatment of Binge Eating Disorder.

Int. J. Eat. Disord. 26, 295-300.

42. Grawe, K. (1998):

Psychologische Therapie.

Göttingen: Hogrefe.

43. Grawe, K., Grawe-Gerber, M. (1999):

Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie.

Psychotherapeut 44, 63-73.

44. Grawe, K. (2005)a:

(Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden?

Psychotherapeutenjournal 1, 4-11.

45. Grawe, K. (2005)b:

„Ich glaube nicht, dass eine Richtung einen Wahrheitsanspruch stellen kann!“.

PiD 6, 128-135.

46. Grissett, N.I., Norvell, N.K. (1992):

Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women.

J. Consult. Clin. Psychol. 60, 293-299.

47. Hach, I., Ruhl, U.E., Rentsch, A., Becker, E.S., Türke, V., Margraf, J., Kirch, W. (2005):

Recognition and therapy of eating disorders in young women in primary care.

J. Public Health 13, 160-165.

48. Harris, E.C., Barraclough, B. (1998):

Excess mortality of mental disorder.

Br. J. Psychiatry 173, 11-53.

49. Hayes, A.M., Castonguay, L.G., Goldfried, M.R. (1996):

The study of change in psychotherapy : A reexamination of the process-outcome paradigm. Comment on Stiles and Shapiro (1994).

J. Consult. Clin. Psychol. 64, 090-914.

50. Hebebrand, J., Himmelmann, G.W., Herzog, W., Herpertz-Dahlmann, B.M.,

Steinhauesen, H.-C., Amstein, M., Seidel, R., Deter, H.-C., Remschmidt, H., Schäfer, H.

(1997):

Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low weight at referral.

Am. J. Psychiatry 154, 566-569.

51. Heckhausen, H. (1989):

Motivation und Handeln.

Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

52. Heim, E. (1994):

Salutogenese versus Pathogenese – ein neuer Zugang zu einer alten Weisheit.

Schweiz. Med. Wochenschr. 124, 1267-1275.

53. Herzog, D.B., Sacks, N.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., von Ranson, K.B., Gray, H.M. (1993):

Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa.

J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 32, 835-842.

54. Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G., Brähler, E. (2006):

Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen

Selbstwirksamkeitserwartung.

Diagnostica 52, 26-32.

55. Hoek, H.W., van Hoeken, D. (2003):

Review of the prevalence and incidence of eating disorders.

Int. J. Eat. Disord. 34, 383-396.

56. Horesh, N., Zalsman, G., Apter, A. (2000):

Internalized anger, self-control, and mastery experience in inpatient anorexic adolescents.

J. Psychosom. Res. 49, 147-253.

57. Jacobi, C., Dahme, B., Rustenbach, S. (1997):

Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien bei Bulimia und Anorexia nervosa.

Psychother. Psychosom. med. Psychol. 47, 346-364.

58. Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C., Agras, S. (2004):

Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy.

Psych. Bull. 130, 19-65.

59. Jacobi, C., Paul, T., Thiel, A. (2004):

Essstörungen.

Fortschritte der Psychotherapie. Band 24.

Göttingen: Hogrefe.

60. Johnson-Sabine, E., Reiss, D., Dayson, D. (1992):
Bulimia nervosa: a 5-year follow-up study.
Psych. Med. 22, 951-959.
61. Kahn, C., Pike, K.M. (2001):
In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa.
Int. J. Eat. Disord. 30, 237-244.
62. Köllner, V., Vauth, R. (2007):
Stationäre Verhaltenstherapie.
P. i. D. 1, 21-28.
63. Kopta, S.M., Lueger, R.J., Saunders, S.M., Howard, K.I. (1999):
Individual psychotherapy outcome and process research: Challenges leading to greater turmoil or a positive transition?
Annu. Rev. Psychol. 50, 441-469.
64. Krampen, G. (1991):
Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK).
Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe Verlag.
65. Lay, B., Jennen-Steinmetz, C., Reinhard, I., & Schmidt, M. (2002):
Characteristics of inpatient weight gain in adolescent anorexia nervosa: Relation to speed of relapse and re-admission.
Eur. Eat. Disord. Rev. 10, 22-40.
66. Lee, S., Chan, L., Kwok, K., Hsu, G. (2005):
Relationship between control and the intermediate term outcome of anorexia nervosa in Hong Kong.
Aust. N. Z. J. Psychiatry 39, 141-145.
67. Leppert, K., Gunzelmann, T., Schumacher, J., Strauß, B., Brähler, E. (2005):
Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter.
Psychother. Psych. Med. 55, 365-369.
68. Lock, J., le Grange, D. (2005):
Family-based treatment of eating disorders.
Int. J. Eat. Disord. 37, S64-S67.
69. Luszczynska, A., Gutierrez-Dona, B., Schwarzer, R. (2005):
General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries.
Intern. J. Psychol. 40, 80-89.

70. Lutz, W. (2001):
Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice.
Psychoth. Res. 12, 251-272.
71. Manz, R., Henningsen, C., Rudolf, G. (1995):
Methodische und statistische Aspekte der Therapieevaluation am Beispiel der Berliner Psychotherapiestudie.
Psychother. Psychosom. med. Psychol. 45, 52-59.
72. Mewes R., Tagay S., Senf W. (2008):
Weight curves as predictors of short-term outcome in Anorexia nervosa inpatients.
Eur. Eat. Disord. Rev. 16, 37-43.
73. Millar, H.R., Wardell, F., Vyvyan, J.P., Naji, S.A., Prescott, G.J., Eagles, J.M. (2005):
Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999.
Am. J. Psychiatry. 162, 753-757.
74. Morrison, T., Waller, G., Lawson, R. (2006):
Attributional Style in Eating Disorders.
J. Nerv. Ment. Dis. 194, 303-305.
75. Nagel, G. (2000) :
Salutogenese.
Praxis 89, 356-359.
76. Neudeck, P., Jacoby, G.E., Florin, I. (2001):
Dexamethasone suppression test using saliva cortisol measurement in bulimia nervosa.
Physiol. Behav. 72, 93-98.
77. O'Brein, K.M., Vincent, N.K. (2003):
Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships.
Clin. Psych. Rev. 23, 57-74.
78. Orlinsky, D. (2008):
Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung.
Psychother. Psych. Med. 58, 345-454.
79. Padierna, A., Quintana, J.M., Arostegui, I., Gonzales, N., Horcajo, M.J. (2000):
The health-related quality of life in eating disorders.
Qual. Life Res. 9, 667-674.
80. Patel, D.R., Pratt, H.D., Greydanus, D.E. (2003):

Treatments of adolescents with anorexia nervosa.

J. Adolesc. Res. 18, 244-260.

81. Paterson, G., Power, K., Yellowlees, A., Park, K., Taylor, L. (2007) :

The relationship between two-dimensional self-esteem and problem solving style in an anorexic inpatient sample.

Eur. Eat. Disord. Rev. 15, 70-77.

82. Paul, T., Thiel, A. (2005):

Eating Disorder Inventory-2. Deutsche Version.

Göttingen: Hogrefe.

83. Peake, K.J., Limbert, C., Whitehead, L. (2005):

Gone, but not Forgotten: An Examination of the Factors Associated with Dropping Out from Treatment of Eating Disorders.

Eur. Eat. Disord. Rev. 13, 330-337.

84. Pinto, A.M., Guarda, A.S., Heinberg, L.J., DiClemente, C.C. (2006):

Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire.

Int. J. Eat. Disord. 39, 376-384.

85. Pinto, A.M., Heinberg, L.J., Coughlin, J.W., Fava, J.L., Guarda, A.S. (2008):

The Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Change with treatment and prediction of outcome.

Eat. Behav. 9, 143-153.

86. Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., Tatarelli, R. (2004):

Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis.

Int. J. Eat. Disord. 36, 99-103.

87. Remschmidt, H., Müller, H. (1987):

Stationäre Gewichts-Ausgangsdaten und Langzeitprognose der Anorexia nervosa.

Z. Kinder- Jugendpsychiatrie, 15, 327-341.

88. Richard, M., Bauer, S., Kordy, H., COST Action B6 (2005):

Relapse in anorexia and bulimia nervosa- A 2.5-year follow-up study.

Eur. Eat. Disord. Rev. 13, 180-190.

89. Rieger, E., Touyz, S.W., Beumont, P.J.V. (2002):

The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): Information regarding its psychometric properties.

Int. J. Eat. Disord. 32, 24-38.

90. Ro, O., Martinsen, E.W., Hoffart, A., Rosenvinge, J. (2005):

Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders.

Int. J. Eat. Disord. 37, 112-118.

91. Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J.G., Rossotto, E.(1999):

Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa.

Int. J. Eat. Disord. 26, 1-12

92. Rotter, J.B. (1955):

The role of the psychological situation in determining the direction of human behavior. S. 145-274

In: Jones, M.R. (Ed.): Nebraska symposium on motivation. University of Nebraska press.

93. Rotter, J.B. (1966):

Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement.

Psychol. Monogr.: General and Applied 80, 1-28.

94. Sack, M., Henniger, S., Lamprcht, F. (2002):

Veränderungen von Körperbild und Körpererleben bei essgestörten und nichtessgestörten Patienten im Verlauf einer stationären Psychotherapie.

Psychother. Psych. Med. 52, 64.69.

95. Schauenburg, H. (2007):

Stationäre psychodynamisch-psychoanalytische Psychotherapie.

P. i. D. 1, 16-20.

96. Schneider, J.A., O'Leary, A., Agras, W.S. (1987):

The role of perceived self-efficacy in recovery from bulimia: a preliminary examination.

Behav. Res. Ther. 25, 429-432.

97. Schneider, J. (2006):

Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und sozialmedizinischem Status bei Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F45.4).

Rehabilitation 45, 110-117.

98. Schwarz, D., Strian, F. (1972):

Psychometrische Untersuchungen zur Befindlichkeit psychiatrischer und intern-medizinischer Patienten.

Arch. Psychiat. Nervenkr. 216, 70-81.

99. Schwarzer, R., Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999):

Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen.

Berlin: Freie Universität Berlin.

Download: <http://www.fu-berlin.de/gesund/>

100. Shapiro, J.R., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.A., Lohr, K.N., Bulik, C.M. (2007):

Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials.

Int. J. Eat. Disord. 40, 321-336.

101. Smith, E.C., Grawe, K. (2003):

What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice.

Clin. Psychol. Psychoth. 10, 275-285.

102. Sniehotta, F.F., Scholz, U., Schwarzer, R. (2005):

Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise.

Psychol. Health 20, 143-160.

103. Steinhausen, H.C. (2002):

The outcome of anorexia nervosa in the 20th century.

Am. J. Psychiatry 159, 1284-1293.

104. Stotland, S., Zuroff, D.C., Roy, M. (1991):

Situational dieting self-efficacy and short-term regulation of eating.

Appetite 17, 81-90.

105. Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Carter, F.A., Joyce, P.R. (1996):

Correlates of severity in bulimia nervosa.

Int. J. Eat Disord. 20, 239-251.

106. Surgenor, L.J., Maguire, S., Beumont, P.J.V. (2004):

Drop-out from inpatient treatment for anorexia nervosa: Can risk factors be identified at point of admission?

Eur. Eat. Disord. Rev. 12, 94-100.

107. Tagay, S., Mewes, R., Brähler, E., Senf, W. (2008):

Sense of Coherence bei Bulimie-Patientinnen- ein protektiver Faktor für psychische Gesundheit?

Psychiatr. Prax. 35, doi:10.1055/s-2008-1067461.

108. Tiller, J.M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M., Treasure, J.L. (1997): Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa.

Int. J. Eat. Disord. 21, 31-38.

109. Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T., Nutzinger, D.O., Schüßler, G. (1997): Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory EDI-2. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 47, 365-376.
110. Tobin, D.L., Johnson, C.L. (1991): The integration of psychodynamic and behavior therapy in the treatment of eating disorders: Clinical issues versus theoretical mystique. S.374-397. In: C.L. Johnson: Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia. New York: The Guilford Press.
111. Tozzi, F., Thornton, L.M., Klump, K.L., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Strober, M., Woodside, D.B., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Plotnicov, K.H., Pollice, C., Lilenfeld, L.R., Berrettini, W.H., Bulik, C.M., Kaye, W.H. (2005): Symptom fluctuation in eating disorders: Correlates of diagnostic crossover. *Am. J. Psychiatry* 162, 732-740.
112. Van Son, G.E., van Hoeken, D., Bartelds, A.I.M., van Furth, E.F., Hoek, H.W. (2006): Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in the Netherlands. *Int. J. Eat. Disord.* 39, 565-569.
113. Von Zerssen, D. (1976): Befindlichkeits-Skala (Bf-S). Weinheim: Beltz Test GmbH.
114. Watkins, J.A., Sargent, R.G., Miller, P.M., Ureda, J.R., Drane, W.J., Richter, D.L. (2001): A study of the attribution style, self-efficacy, and dietary restraint in female binge and non-binge eaters. *Eat. Weight Disord.* 6, 188-196.
115. Weinmann, M., Bader, J.-P., Endrass, J., Hell, D. (2001): Sind Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen depressionsabhängig? – Eine Verlaufsuntersuchung. *Z. Klin. Psychol. Psychother.* 30, 153-158.
116. White, J.H., Litovitz, G. (1998): A comparison of inpatient and outpatient women with eating disorders. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 12, 181-194.
117. Wiseman, C.V., Sunday, S.R., Klapper, F., Harris, W.A., Halmi, K.A. (2001): Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *Int. J. Eat. Disord.* 30, 69-74.
118. Woodside, D., Carter, J., Blackmore, E. (2004):

Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa.
Am. J. Psychiatry 161, 2277-2281.

119. Zeek, A., Hartmann, A., Buchholz, C., Herzog, T. (2005):
Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa.
Acta Psychiatr. Scand. 111, 29-37.

120. Zeek, A., Herzog, T. (2000):
Behandlungsabbrüche bei der stationären Behandlung der Anorexia nervosa.
Nervenarzt 71, 565-572..

7 Danksagung

Mein erster Dank gilt Herrn Prof. W. Senf, der mir die Durchführung meiner Studienidee und die Erstellung meiner Dissertation an seiner Klinik ermöglichte. Seine Offenheit, Begeisterungsfähigkeit und Unterstützung waren dabei entscheidende Faktoren für den Erfolg.

Ganz herzlich möchte ich mich bei Herrn Dr. S. Tagay bedanken. Seine hervorragende Unterstützung und Förderung haben mich geprägt und meinen weiteren Werdegang ermöglicht. Er hat mit seinen Qualitäten eine äußerst gute Arbeitsatmosphäre geschaffen. Ich hoffe auf weitere gute Zusammenarbeit!

Dem Zweitgutachter danke ich für die Übernahme der Gutachtertätigkeit.

Frau Dipl.-Psych. S. Schlegl danke ich für die gelungene Fortführung meiner Studie.

Frau Dipl.-Psych. M. Beckmann und Frau Dipl.-Psych. D. Sander danke ich für die tolle und sehr kollegiale gemeinsame Zeit.

Meinen Eltern danke ich erneut für die Unterstützung meiner Interessen! Sie haben mir einige wichtige Faktoren mitgegeben, die die Entstehung dieser Arbeit erst möglich gemacht haben.

8 Lebenslauf und Publikationen

Persönliche Angaben

Name:	Ricarda Anne Mewes; Dr. rer. nat. Dipl. Psych.
Wohnort:	Marburg (Lahn)
Geburtsdatum und -ort:	25.06.1979, Essen, Deutschland
Familienstand:	ledig
Staatsangehörigkeit:	deutsch

Schulische Ausbildung

08.09. – 06.12.96	Avignon, Frankreich
1999	Abitur, Theodor-Heuss-Gymnasium Ratingen

Universitäre Ausbildung

10/99 – 09/01	Universität Trier; Vordiplom
10/01 – 06/05	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Studienabschluss:	Diplom-Psychologin (summa cum laude)
-------------------	--------------------------------------

23.03.09	Promotion zum Dr. rer. nat. an der Philipps-Universität Marburg bei Prof. Dr. W. Rief (Note 1) Titel: Culture sensitivity, health care utilization, and disability in individuals suffering from bodily complaints – a population-based approach
----------	--

Beschäftigung

01/02 – 03/05	studentische Hilfskraft, Institut für Experimentelle Psychologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
06/05 – 06/07	Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen (Prof. Dr. W. Senf; Leiter im Bereich Forschung: Dr. Dipl. Psych. S. Tagay)

Seit 07/2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinischen Psychologie, Philipps-Universität Marburg (Prof. Dr. W. Rief); DFG-Projekt zu Somatoformen Störungen

Psychotherapeutische Weiterbildung

seit 05/2003 Weiterbildung bei der Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie und Systemberatung (AFS; Mitglied im DGFS)

seit 07/2007 Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie beim Institut für PsychotherapieAusbildung Marburg (IPAM), Universität Marburg

Klinische Erfahrung

12/03 – 04/04 Praktikum (neuropsychologische Diagnostik und Psychotherapie, Einzeltherapie, Gruppentherapie bei Angststörungen und Substanzabhängigkeit) am Alexianer-Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Krefeld

06/05 – 06/07 Klinische Psychologin (Diagnostik, Gruppentherapie für Essstörungen, Paartherapie) an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Duisburg-Essen

seit 07/2007 Psychotherapeutin (Schwerpunkt: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie) an der Psychotherapie-Ambulanz Marburg, Philipps-Universität Marburg

seit 06/2009 Psychotherapeutin im Praktikum an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Marburg

Publikationen zu Essstörungen

Mewes R., Tagay S., Senf W. (2008). Weight curves as predictors of short-term outcome in Anorexia nervosa inpatients. *European Eating Disorders Review*, 16(1): 37-43

Tagay S., **Mewes R.,** Brähler E., Senf W. (2009). Sense of Coherence bei Bulimie-Patientinnen- ein protektiver Faktor für psychische Gesundheit? *Psychiatrische Praxis* 36: 30-34; doi: 10.1055/s-2008-1067461

Tagay S., Herpertz S., **Mewes R.,** Senf W. (2009. epub). Was können Gewichtsverluste bei Anorexia nervosa über den Ausgang eines vorzeitigen Therapieabbruchs vorhersagen? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*; doi: 10.1055/s-0029-1225362

Tagay S., Zick C., Schlegl S., Düllmann S., **Mewes R.,** Senf W. (2009). Was impliziert die subjektiv empfundene Überwindung der eigenen Essstörung bei Anorexia Nervosa? – Eine Katamnese. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 10: 42-48

Abstracts

Mewes R., Tagay S., Senf W. Weight curves as predictors for anorexia nervosa inpatients. *International Conference on Eating Disorders (ICED) 2006*

Mewes R., Tagay S., Bredahl A., Senf W. Die mittelfristige Gewichtsentwicklung bei Binge-Eating- Patienten nach einer spezialisierten tagesklinischen Behandlung. *Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) - 45. Kongress, 2006*

Mewes R., Tagay S., Senf W. Analyse von Gewichtskurven bei stationär behandelten Anorexia nervosa - Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 56 (2): 96-96 Feb 2006

Mewes R., Tagay S., Senf W. Identifikation von Prädiktorvariablen für den frühen Abbruch der stationären Behandlung von Anorexia nervosa - Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 56 (2): 97 - 97 Feb 2006

Tagay S., **Mewes R.,** Möllering A., Senf W. Analyse von Gewichtskurven bei stationär behandelten Patientinnen mit Anorexia nervosa. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 55 (2): 114 - 114 Feb. 2005

Publikationen zu anderen Themenbereichen

Mewes R., Christ O., Rief W., Glaesmer H., Martin A., Brähler E. (in press). Sind Vergleiche im Depressions- und Somatisierungsausmaß zwischen Migranten und Deutschen möglich?: Eine Überprüfung der Messinvarianz für den PHQ-9 und PHQ-15. *Diagnostica*.

Mewes R., Christ O., Rief W. (2009). Ein Vorgehen zur Überprüfung psychometrischer Kennwerte in der Migrationsforschung. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 2: 106-118.

Mewes R., Rief W. (2009). Sind somatoforme Beschwerden und Kausalattribution bei türkischen Migranten durch den kulturellen Hintergrund oder den Migrationsprozess bestimmt? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 18: 135-139.

Mewes R., Rief W., Stenzel N., Glaesmer H., Martin A., Brähler E. (2009). What is "normal" disability?-An investigation of disability in the general population. *Pain* 142: 36-41; doi:10.1016/j.pain.2008.11.007

Mewes R., Rief W. (2009). Answer to the comment on: What is "normal" disability? -An investigation of disability in the general population. *Pain* 144: 342; doi: 10.1016/j.pain.2009.05.011

Glaesmer H., Wittig U., Brähler E., Martin A., **Mewes R.**, Rief W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? - Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis* 36: 16-22; doi: 10.1055/s-2008-1067566

Mewes R., Rief W., Brähler E., Martin A., Glaesmer H. (2008). Lower decision threshold for doctor visits as a predictor of health care use in somatoform disorders and the general population. *General Hospital Psychiatry* 30(4): 331-337; doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.04.007

Mewes R., Rief W. (2008). Somatoforme Störungen und Hypochondrie. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 2(3): 189-200; doi: 10.1055/s-2007-986338

Tagay S., **Mewes R.**, Brähler E., Senf W. (2008). Prävalenz und Spezifikationen von somatoformen Beschwerden bei psychosomatischen Ambulanzpatientinnen – Ein Vier-Gruppenvergleich. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17(4): 177-183.

Tagay S., Arntzen E., **Mewes R.**, Senf W. (2008). Zusammenhang von Tod wichtiger Bezugspersonen und Posttraumatischer Belastungsstörung. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 54(2):164-173

Tagay S., Kribben A., Hohenstein A., **Mewes R.**, Senf W. (2007). Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. American Journal of Kidney Diseases, 50(4): 594-601

Tagay S., Senf W., Schopper N., **Mewes R.**, Bockisch A., Gorges R. (2007). Protektive Faktoren für Angst und Depression bei Schilddrüsenkarzinompatienten. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 53(1): 62-74

Tagay S., Erim Y., Stoelk B., Möllering A., **Mewes R.**, Senf W. (2007). Das Essener Trauma-Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, 1/2007: 75-89